



BIBLIOTECA NAZ.
Vittorio Emanuele III

LIV

G

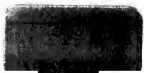
52

NAPOLI

LIV

8

52



2

TRATTATO ELEMENTARE E PRATICO
di
PATOLOGIA INTERNA

PER
A. GRISOLLE

D. M. P.

MEDICO DELL'OSPEDALE DI SANT'ANTONIO, AGREGATO ALLA FACOLTA'
DI MEDICINA, CAVALIERE DELLA LEGION D'ONORE,
MEMRO TITOLARE DELLA SOCIETA' MEDICA D'OSSERVAZIONE
E DELLA SOCIETA' DI MEDICINA DELLA PROVINCIA, MEMRO ONORARIO
DELLA SOCIETA' ANATOMICA, CORRISPONDENTE DELL'ACCADEMIA
DI MEDICINA DI MARSIGLIA, E DELLA SOCIETA' DI MEDICINA
DI POITIERS.

PRIMA VERSIONE ITALIANA

Eseguita sulla terza edizione di Parigi, arricchita dall'Autore
di correzioni ed aggiunto

DEL DOTTOR

LUIGI BERNINI

VOLUME SECONDO



NAPOLI

STABILIMENTO DEL GENIO TIPOGRAFICO

1850





TRATTATO ELEMENTARE E PRATICO
di
PATOLOGIA INTERNA

Sesta Classe di Malattie

DEGLI AVVELENAMENTI

(SEGUITO)



TERZO GENERE DI AVVELENAMENTI

DELLO AVVELENAMENTO CO' NARCOTICO-ACRI

NELLO avvelenamento co' narcotico-acri, si osserva contemporaneamente il narcotismo ed i sintomi di flemmasia da parte delle superficie sulle quali il veleno è stato applicato. Le lesioni cadaveriche sono in rapporto con questi due ordini di fenomeni, i quali non esistono sempre allo stesso grado; ed infatti una di esse predomina quasi costantemente. I narcotico-acri agiscono dunque localmente, poi essendo assorbiti modificano il sangue ed il sistema nervoso. Quest' ultima maniera di agire è la più grave, ed è quella che cagiona in primo luogo la morte. Le sostanze che determinano il più delle volte questo genere di avvelenamento sono, il *tabacco*, la *stricnina*, e specialmente certi *funghi*, come la *falsa amanite*, diverse *orongie* molte specie di *agarici*, ec. Le regole generali ad esservarsi in questo genere di avvelenamento consistono: 1.° ad espellere il veleno mediante lo emetico e le bevande abbondanti, se ancora trovasi nello stomaco; coi purgativi se negl' intestini: 2.° il veleno essendo stato espulso, si combatterà il narcotismo colle

*

bevande acidole, le pozioni eterree, ammoniacali, colla infusione del caffè, come anche colle bagnature di acqua fredda: 3.º, si recherà rimedio alle congestioni cerebrali mediante il salasso: 4.º finalmente si modereranno i sintomi infiammatori mediante gli antilogistici.

Gli accidenti prodotti da' narcotico-acri sono meno uniformi di quelli che hanno luogo per mezzo de' narcotici. In fatti si osservano ne' primi, numerose variazioni; quindi i sintomi che predominano in certi casi mancano o sono poco marcati negli altri. Ecco perchè, allo esempio del Signor Orfila, stabiliremo alcuni gruppi in questa classe di veleni.

1.º La *scilla*, l'*emante*, l'*aconito*, l'*elleboro*, la *veratrina*, il *colchico*, la *datura stramonium*, il *tabacco*, la *digitale*, la *varera*, le diverse specie di *cicuta*, il *lauro ceraso*, l'*anagallide de' campi*, l'*aristoloco*, la *ruta* il *languin* di *Madagascar*, il *ciamuro di iodo*, sono veleni narcotico-acri i quali infiammano le superficie colle quali sono in contatto, nello stesso modo degli irritanti, e producono sul sangue, sul sistema nervoso e su i polmoni, alterazioni analoghe a quelle che i narcotici sviluppano. I sintomi che determinano sono stati riassunti come siegue dal Signor Orfila; agitazioni, gridi acuti, delirio più o meno allegro, movimenti convulsivi de' muscoli della faccia, delle mascelle e delle membra: pupille contratte dilatate o nello stato naturale; polso forte, frequente, regolare, o pure piccolo, lento irregolare; dolori più o meno acuti allo epigastrio e nelle diverse parti dell'addome: nausea, vomiti ostinali, deiezioni alvine; qualche volta à luogo una grande agitazione; si osserva una specie di ebrezza, un grande abbattimento, insensibilità, un tremito generale, gli ammalati non provano alcun incitamento al vomito. I sintomi precedenti non si manifestano tutti nello stesso individuo; ma quelli una volta manifestati, non cedono mai completamente per quindi ricomparire qualche tempo dopo, siccome ciò osservasi per alcuni altri veleni narcotico-acri de' quali parleremo appresso.

2.º Lo avvelenamento della *stricnina* e della *noce vomica* non è raro. Però la quantità della *stricnina* presa, di rado è talmente considerabile da determinare i sintomi d'infiammazione gastro intestinale: allora si limita a' disturbi nervosi specchiati, che consistono in una rigidità convulsiva del tronco, che si porta alla parte posteriore: avvi trisma, tremito e scosse convulsive nelle membra, poi si manifesta un vero accesso d'opistotono, durante il quale il tronco è immobile, il polso piccolo e la faccia iniettata; l'ammalato trovasi allora in uno stato d'imminente asfissia. Questi accidenti possono calmarsì ed anche cessare, ma tosto un novello accesso sopravviene ed uccide. Spesso ve ne sono cinque o sei consecutivi, il più delle volte la vita

si spegne dopo sette o otto minuti, qualche volta finisce più presto, ed ora più tardi. Nell'autopsia cadaverica non si trova, come caratteri anatomici, meno che una congestione dei polmoni e del tessuto cerebrale. Lo arrossimento, e l'aumollimento della midolla che qualche volta sono stati osservati sono lesioni puramente accidentali, e che forse sono state quasi sempre prodotte artificialmente.

Nello avvelenamento colla strienina o colla noce vomica, bisogna, oltre alle indicazioni precedenti, ricorrere alla insufflazione polmonale onde impedire l'asfissia. Il signor Orfila vuole che si usi l'acqua clorata, siccome è stato detto parlando dell'acido idrocianico; le pozioni eterce sembrano pure vantaggiose; però prima di tutto bisogna dare il vomitivo.

La *brucina*, la *fava di Sant' Ignazio*, l'*upas-tienté*, la *falsa angustura*, ed il *cocco del Levante* sono veleni i quali agiscono a poco presso come la strienina; non ne parleremo dunque dettagliatamente. Lo stesso dicasi della *canfora*, la quale presa a dose avanzata, può infiammare, corrodere, ulcerare i tessuti dello stomaco, ed il suo assorbimento può essere seguito da convulsioni tetaniche orribili, da raffreddamento del corpo, in fine, siccome risulta dalle esperienze del signor Orfila, la morte à luogo, come nello avvelenamento della strienina, cioè per la mancanza della respirazione, o almeno in seguito dello estremo imbarazzo di questa funzione.

3. *Funghi velenosi*. — Si citano alcuni casi in cui i funghi hanno agito solamente irritando gli organi digestivi, ora come narcotici; però questi due effetti si combinano quasi sempre. Quindi due o tre ore dopo aver ingoiato il veleno, alcuni più tardi (sei, dodici, ventiquattro, trentasei, ore, cosa rara), gli ammalati provano mal'essere, dolori epigastriaci, deliqui; hanno nausea, rigurgiti fetidi con restringimento alla gola, tosto vomitano, il ventre si gonfia, si addolora, vi sono secerchi vaginali liquidi, le evacuazioni possono essere tanto copiose quanto nel colera. Il polso è piccolo, irregolare, la fisionomia alterata, vi sono sudori freddi, alcuni delirano, altri cadono nel coma o nelle convulsioni e periscono in dodici, ventiquattro, o trentasei ore. Quelli che guariscono conservano spesso per molte settimane i segni di una viva infiammazione degli organi digestivi.

Abbiamo detto che in alcuni casi, i sintomi nervosi si manifestano senza essere preceduti da quelli che appartengono ad un'afezione gastro-intestinale; gli ammalati periscono allora rapidamente per effetto degli accidenti cerebrali. Quindi hanno le convulsioni atroci, un delirio violento tosto sostituito da uno stato apoplettico.

La cura da opporsi è quella che conviene per gli altri narcotico-acri. Quindi: 1°, espellere il veleno; 2°, amministrarlo lo

bevande acidole e l'etere quando il veleno è stato rigettato. Il Signor Chansarel ha raccomandato la decozione di noce di galla ed il tannino come i veri antidoti de' funghi velenosi; però questo punto di pratica non è ancora sufficientemente stabilito. Checchè ne sia, in questa specie di avvelenamento, la cura dovrà variare secondo che gli accidenti addominali o cerebrali predominano. Nel primo caso, bisogna insistere su i mucillaginosi ed i calmanti, nel secondo sugli eccitanti diffusivi.

QUARTO GENERE DI AVVELENAMENTI

DE' VELONI SETTICI

I veleni settici sono quelli che essendo assorbiti, modificano profondamente la costituzione del sangue, e determinano quella serie di accidenti detti di *putredine* dagli antichi, come le sincopi, adinamia, emorragia passiva, cangrena, cc. I principali veleni di questo gruppo sono le materie animali in putrefazione, la segala cornuta, il grano turco alterato, il gas de' cessivi; uniremo ancora i veleni ed i virus i quali quasi tutti agiscono come le sostanze putride.

AVVELENAMENTO PER LA INTRODUZIONE DELLE MATERIE PUTRIDE NELLA ECONOMIA

Le materie animali putrefatte penetrano nella economia in tre modi diversi. Ora nello stato di vapore, e sono trasportate ne' polmoni nell'atto della respirazione; altre volte sono portate nello stomaco come alimenti; in fine, in alcuni casi, sono assorbite dalla pelle denudata o in seguito di una soluzione di continuo, come si osserva in quelli che si pungono nelle sezioni cadaveriche.

1.^o *Emanazioni putride.* — A torto due celebri uomini e di una vasta esperienza, Warrene in America, e Parent-Duchâtelet in Francia, hanno professato l'innocuità delle putride emanazioni. È vero che queste non sono così pericolose come si potrebbe credere, specialmente se l'uomo che si espone alla loro influenza è vigoroso e ben nutrito; però è cosa indubitata che, in moltissimi casi, i focolari di animale putrefazione, producono gli accidenti più o meno gravi. Quindi è che abbiamo veduto alcune persone, li quali non potevano frequentare per lungo tempo gli anfiteatri anatomici senza provare inappetenza, segai d'imbarazzo gastrico o pure una fetida diarrea con grande

prostrazione di forza. Abbiamo antecedentemente veduto che le stesse emanazioni erano di frequente la causa di gravi dissenterie, di colera e di tifo. In fine, quando si sviluppa in gran quantità ed in piccolo spazio, e gl' individui vi si espongono di repente, la morte può essere istantanea. Questi cadono come colpiti dalla folgore; altri provano una prostrazione ed uno stato di estremo mal'essere che lentamente si dilegua, e che spesso è seguito da tutti gli accidenti di febbri gravi: per ciò ne morì il Bichat.

Fa di mestieri che coloro i quali per professione, o per dovere sono abitualmente o frequentemente in contatto colle emanazioni putride non eccedino nella vilittazione, e si nutrano di buoni cibi, perchè la debolezza favorisce l'azione deleteria de' miasmi. I luoghi di dimora saranno ventilati, ariosi e propri; gl'individui li abbandoneranno tosto che proveranno qualche mal'essere senza farvi ritorno prima della loro perfetta guarigione.

L'abbandono di questi luoghi, un buon regime, una salubre dimora bastano ordinariamente per trionfare del mal'essere e de' leggieri accidenti, che più di frequente le emanazioni putride si limitano a produrre. Convien qualche volta amministrare alcuni tonici internamente ed i blandi ecoprotici. (Per gli altri accidenti, vedi ciascuna malattia in particolare).

2.^o *Materie putride prese come alimenti.* — Questo genere di avvelenamento, raro tra noi, è frequentissimo in Alemagna. Esso è prodotto dalle carni affumicate, da' sanguinacci ed altre preparazioni vendute da' pizzicagnoli. S'ignora in parte l'alterazione che le carni provano per determinare gli accidenti tossici: gli uni pensano che abbiano subito una specie di putrefazione (Kerner); altri credono che, preparate o conservate ne' vasi di rame o di piombo, sono state mescolate cogli ossidi o sali metallici. La prima opinione sembra più probabile, volendo giudicare dalla natura degli accidenti osservati e che sono quelli provocati ordinariamente dalle sostanze settiche.

Quindi dodici o ventiquattr'ore dopo il pranzo, questi talii provano dolori epigastrici, nausea, vomiti, scarichi fetidi. Qualche volta i sintomi addominali mancano, ma lo stato generale è grave, la vista si turba, le pupille sono dilatate, vi sono vertigini, afonia, debolezza estrema, palpitazioni, sincopi, e morte, tra il primo ed il secondo settenario. Gl'individui che si nutrono per molti mesi di queste carni alterate presentano spesso i sintomi di una specie di avvelenamento cronico; quindi s'indeboliscono, si ammiseriscono, sono colpiti da diarrea edema; poi gli accidenti adinamici ed atassici si sviluppano ed uccidono rapidamente gli ammalati. Diciamo però che nessuna soddisfacente descrizione possediamo degli accidenti che ca-

ratterizzano questo genere di avvelenamento. Siamo pure privi di schiarimenti precisi sulla sede e sulla natura delle alterazioni che osservansi nello sparo de' cadaveri. Gli Alemanni dicono esistere in questi casi delle infiammazioni delle mucose faringo-esofagea, delle piastre cangrenose dello stomaco, flemmasie di alcuni cordoni nervosi (nervi frenico, pneumo-gastrico, gran simpatico, ec.). Tutte queste descrizioni qui pervenute d'oltre Reno sono incomplete e ci danno una debolissima idea della fisionomia della malattia e della natura delle alterazioni che osservansi.

Quando un individuo ha mangiato le sostanze alterate di cui è parola, bisogna sollecitamente provocarne l'uscita mediante lo emetico e la ipecacuana, o un blando purgativo; poi si combattono gli accidenti nervosi colle bevande eterree ed aromatiche. Se esistessero non per tanto i segni di flemmasia degli organi digestivi, bisognerebbe amministrarle le bevande dolci, ricorrere a' rivellenti cutanei. Lo stato generale permette di rado l'uso degli antilogistici; d'altronde quando questi sono formalmente indicati, dovranno usarsi colla massima riserba.

8.º *Materie putride penetranti nella economia mediante una soluzione di continuo.* — E questa la via più pericolosa per la quale le materie putride possono penetrare nella economia. Ciò ha luogo quando si punge un dito collo scalpello, un frammento impregnato di pus, di sania, o pure quando si feriscono disseccando un cadavere putrefatto, anche un cadavere fresco; lo stesso accidente può aver luogo anche quando le mani essendo la sede di escoriazione o di una soluzione di continuo qualunque sono immerse in un liquido putrido, come quello nel quale si macerano i pezzi anatomici, o quando si tocca un fluido morbosio come il pus o il versamento sero-purulento della peritonite puerperale. Siccome le puntiture anatomiche non producono gli stessi accidenti in tutti gl'individui, ed anche nello stesso individuo nelle differenti epoche della vita, bisogna ammettere che quando si manifestano gravi sintomi dopo una simile lesione, esiste qualche segreta condizione che dispone la economia a ricevere l'influenza deleterea del veleno.

La introduzione delle materie putride per una soluzione di continuo qualunque, si limita il più delle volte a produrre gli accidenti puramente locali; così sviluppassi al luogo della decorficatura un bottone infiammatorio il quale suppara, e si copre di croste, la cui cicatrizzazione tarda più o meno lungo tempo, e spesso è sostituita da un induramento del derma oltre modo osinato, da poter resistere, nonostante qualunque attitudine, per molti anni, che si appassisce durante il calore, e si aumenta durante il freddo, e si copre qualche volta di una segrezione epidermica ed anche cornea.

In altri, la materia putrida essendo stata assorbita, si manifesta una linfite più o meno estesa, con ingorgo doloroso de' gangli linfatici; ora è una resipola o un flemmone diffuso che si sviluppa: in altri il braccio si gonfia enormemente, quasi senza arrossimento esterno e senza induramento flemmenoso, in modo che direbbesi il membro essere colpito da una specie di edema attivo. Questo stato sembra ligarsi spessissimo ad una flebite profonda.

Gli accidenti che si sviluppano in seguito delle puntiture possono unicamente dipendere dalla violenza de' sintomi locali; quindi un panareccio, un flemmone, possono risvegliare la febbre, il delirio, i vomiti, ec. Nella quasi totalità de' casi però gli accidenti de' quali è parola risultano dalla infezione che il sangue à subito, e sono per conseguenza della loro gravezza in disaccordo colla poca intensità de' fenomeni locali; in fatti, questi consistono spesso in una infiammazione superficiale soltanto sviluppata attorno alla puntitura: i gangli ascellari sono appena dolorosi e gonfi; non ostante però l'apparente benignità della malattia, gl' individui provano i brividi più o meno violenti e ripetuti, uno stato di mal'essere, e di estrema oppressione; la febbre si accende, essa è viva; tosto il delirio si manifesta, presenta tutte le varietà che offre nella febbre tifoidea; la lingua si fa arida, le evacuazioni fetide àno luogo; gli ammalati accusano dolori in certi muscoli, in certe articolazioni, e spesso si veggono su diversi punti della superficie del corpo piccole raccolte purolenti simili a quelle che si formano nella flebite, nella morva, e nella rogna de' cavalli. In mezzo a questi sintomi atassici ed adinamici, e dopo una, due o tre settimane di sofferenze la morte à luogo. L'esito funesto può anche essere più rapido: quindi Percy dice aver veduto perire in tre giorni in uno stato di estrema debolezza, e con una gangrena di tutto il braccio un giovane, il quale si era ferito con uno scalpello studiando la nevrologia.

La morte non è l'esito costante della putrida infezione; si citano alcuni casi di guarigione, ma sono rarissimi. In questi casi la convalescenza è sempre stentata; le forze ritornano lentamente, ed il dimagrimento sempre considerabile, e senza rapporto colla lunghezza della malattia.

Lungi dal seguire un corso ordinario, la infezione putrida, sviluppandosi con sintomi gravi, può essere bruscamente arrestata da una specie di movimento critico; mi è stato dato osservare ciò su me medesimo nel 1835. Essendomi leggermente escoriato l'indice della mano dritta facendo un'autopsia di una donna morta per una peritonite puerperale, fui preso, ventiquattr' ore dopo, da un debole dolore nell'ascella, da un freddo violento, seguito da febbre intensa, con cefalalgia atroce, vo-

miti, lombaggine, ed un'estrema prostrazione; dieci o dodici ore erano appena scorse che già questi gravi accidenti erano diminuiti e la stessa febbre quasi scomparsa. Questa miglìoria inaspettata coincideva collo sviluppo di una risipola, circoscritta alla spalla. Questa risipola, poco dolorosa, quasi senza durezza della pelle, presentava un arrossimento violaceo poco carico; rimase circoscritta a questo piccolo spazio. Però, comunque benigni fossero stati i disordini locali, rimasi per più di un mese molto deboli, e quantunque la mia malattia fosse durata pochi giorni provai un dimagrimento considerabile ed una tinta giallastra particolare, il che indicava che una profonda alterazione del sangue aveva dovuto esistere.

Gli accidenti d'infezione che si osservano dopo le punture non si spiegano sempre per lo sviluppo di una linfite o specialmente di una flebite prodotte dal contatto della materia settica. I fenomeni osservati durante la vita, e le ricerche cadaveriche in fatti, hanno provato che non si troverebbe spesso alcuna lesione nello apparato respiratorio; allora bisogna ammettere che il veleno lo ha attraversato senza impegnare le sue pareti; ed ha esercitato solamente la sua azione deleterea sul sangue. Quest'azione d'altronde, la ignoriamo nella sua natura, perchè il sangue, esaminato durante la vita o dopo la morte non differisce sensibilmente, in quanto al suo aspetto esterno, da quello che presenta nella maggior parte delle altre malattie.

Cura.—Pungendosi nell'atto delle autopsie, bisogna sollecitamente comprimere circolarmente la parte ad alcuni centimetri di distanza dalla piaga, ed esercitare la pressione sino ad essa nel senso opposto della circolazion venosa. Queste manovre si continuano per lo spazio di otto o dieci minuti collocando di tempo in tempo la parte sotto un rubinetto di acqua per portar via completamente le materie putride. La piaga sarà poscia coperta da un pezzetto di taffetas d'Inghilterra o di diachilon. Alcuni consigliano allora la cauterizzazione della soluzione di continuo col nitrato di argento o il butiro di antimonio: in Inghilterra si usa l'olio di terebentina e la soluzione di allume; però questi agenti non hanno una utilità ben dimostrata. Volendosi cauterizzare bisognerebbe ciò praticare col ferro rovente o con un lapis del caustico di Vienna. È una pratica la quale, a mio avviso, dovrebbe adottarsi in tutti i casi in cui la putrefazione del cadavere è avanzata. Allora la piaga avvelenata si trasforma in piaga semplice, o pure in una scottatura della quale non si possono temere nè gli accidenti locali nè generali. Non avendo poi cauterizzato immediatamente dopo la puntura, e se i sintomi infiammatori si sviluppano nel focolaro primitivo e nei punti più o meno lontani, che bisognerà fare? La generalità dei medici à ricorso agli antillogistici; essi salassano, covrono

le parti ammalate di molte sanguisughe, di cataplasmi emollienti; impiegano le frizioni mercuriali. Questa cura però non è evidentemente diretta che contro un accidente, un effetto della malattia, e non contro la causa tossica, contro lo stesso virus. Per impadronirsi di questo ed impedire che penetri nel torrente della circolazione, e se già è introdotto, per opporsi ad una novella segregazione, bisogna distruggerlo nella sua sorgente e nei suoi principali focolari, cioè ne' linfatici infiammati. Si obbedirà a questa indicazione mediante la cauterizzazione col ferro rovente o col caustico di Vienna, operazione la quale dovrà essere qualche volta preceduta dalla incisione della parte. Questa terapeutica è la sola razionale. I precetti che ò dati in questo luogo sono estratti da una tese eccellente, sostenuta nel 1845, alla facoltà di Parigi, dal dottor Brierre, e perciò vi rimetto il lettore. Se malgrado la canterizzazione, gli accidenti d' infezione putrida continuassero ed aumentassero d' intensità, bisognerà ricorrere a' mezzi i quali si usano con poca speranza di successo, è vero, nel secondo periodo della flebite e degli assorbimenti purulenti.

DELL' ERGOTISMO

Sinonimia. — Malattia cereale, rafania, mal di Sologno, cangrena de' Solognesi.

Quando la farina di segala, mista ad una quantità più o meno grande di segala cornuta, è impiegata come alimento, produce una malattia grave, caratterizzata ora da movimenti convulsivi, ora da cangrena degli estremi. Questo insieme di effetti perniciosi à ricevuto il nome di *ergotismo*. Se ne distinguono due varietà; cioè; l' *ergotismo convulsivo* ed il *cangrenoso*.

Storia. — Le molteplici popolazioni che in tutti i tempi ànno fatto uso della segala come principale nutrimento, la frequenza della segala cornuta in questo cereale, debbono far pensare che l'ergotismo à regnato sin da tempi immemorabili. Han preteso trovarne alcune favole date da Ovidio, ne' *Commentarii* di Cesare, e nelle opere di Galeno; i passaggi di questi autori però sono oscurissimi, e ne lasciamo la interpretazione a quelli più eruditi di noi. Molti riportano ancora all' ergotismo una o molte delle malattie che ànno regnato epidemicamente nel medio evo, specialmente dal X. al XIV. secolo, e che sono conosciute sotto il nome di *fuoco sacro* o *male degli ardenti*, di *fuoco Sant' Antonio*, malattie che Tessier, de Jussien, Paulet e Saillant considerano come malattie distinte; perchè riportano il *male degli ardenti* ad una specie di peste con bubboni, carbonchi e petecchie, mentre che il *fuoco Sant' Antonio* altro non sa-

rebbe che l'ergotismo cangrenoso (1) Chechè ne sia, la malattia di cui è parola non è stata chiaramente indicata e la sua causa perfettamente conosciuta che verso il 1581 da Schenk, e specialmente nel 1593 da Schwenckfeld. A partir da quest'epoca, sono state osservate moltissime epidemie delle quali la maggior parte sono state causa di distinti lavori: citeremo in preferenza le ricerche di Réad (2) di Mulcaille (3), quelle di Salerne (4) e dell'abate Tessier (5).

Anatomia patologica. — Nulla conosciamo di preciso sulle alterazioni che esistono su i cadaveri di quelli morti da ergotismo. Sono state notate diverse infiammazioni del fegato, della milza, dello stomaco de' polmoni. Secondo Salerne e Tessier, i visceri addominali sarebbero non solo infiammati, ma cangrenati. Hanno pure osservato la flosciezza del cuore, la fluidità ed il colorito verdastro del sangue; però nessuna di queste alterazioni è stata descritta con molta cura per essere certi della loro esistenza; in fatti, è probabile, che le lesioni puramente cadaveriche abbiano tratto in errore i medici. Infine se diremo che manchiamo di schiarimenti sullo stato del sistema nervoso e dei vasi sanguigni, cosa indispensabile ad esaminarsi almeno nella forma cangrenosa, si potrà essere convinti che tutto ignoriamo sull'anatomia patologica dell'ergotismo e sulla sede anatomica.

Ergotismo convulsivo. — La forma convulsiva è generalmente preceduta per uno, due ed anche tre settenari, da agitazione e spezzamento. Gl'individui accusano formicolii e crampi negli estremi inferiori; molti anno cefalalgia ed una grande tendenza alla malinconia; l'appetito è irregolarissimo. Tosto le convulsioni si manifestano, ed anno diversi caratteri; ora sono veri accessi di epilessia con schiuma alla bocca, movimenti ondati delle membra, tinta violacea, poi pallidezza del volto; allora mordono spesso la lingua. In altri si osserva uno stato tetanico che assale specialmente i muscoli delle mascelle (*trisma*) e quelli della parte posteriore del tronco (*opistotono*); in fine molti individui soffrono convulsioni irregolari, senza carattere determinato; d'ordinario consistono in una contrazione spasmodica de' muscoli flessori delle membra, il che produce una flessione forzata di queste parti, che non possono essere riportate alla loro posizion normale, malgrado gli sforzi riuniti di molti uomini vigorosi. Gli ammalati si lagnano allora di stiratura dolorosa nelle membra e di un calor scottante, cuocente, che ce-

(1) *Mémoires de la Société royale de médecine* année 1776

(2) *Du Seigle ergoté*. Metz, 1774.

(3) *Mémoires de l'académie des Sciences* année 1748

(4) *Id.* t. II des Savans étrangers.

(5) *Mémoires de la Société royale de médecine*, année, 1777.

cita il pianto ed anche gli urli. Nello intervallo degli accessi convulsivi, sono curvi, abbattuti, hanno cefalgia, vertigini, susurri negli orecchi; alcuni hanno delirio furioso, altri cadono nel coma; la vista può essere diminuita, abolita o perversita. I disturbi delle altre funzioni non offrono nulla di stabile; quindi il polso è generalmente calmo, qualche volta avvi febbre, la maggior parte degli ammalati conservano l'appetito e digeriscono bene i loro alimenti, mentre altri sono mai sempre tormentati da cardialgia, da nausea, da vomiti e da scarichi ventrali biliosi, fetidi. In fine la morte à luogo ora con un accesso convulsivo, il più delle volte lentamente e dopo che gli ammalati sono caduti nello stato di collasso e di paralisi. Quelli che guariscono soffrono gli accessi convulsivi più lontani e meno intensi; però molti ammalati conservano spesso, per lungo tempo ed anche per tutta la vita, una debolezza della vista, rigidzze delle membra o certe paralisi parziali di alcuni muscoli, o pure un tremito delle membra.

Questa forma del ergotismo dura, con molte o poche intermissioni, da quindici giorni a tre mesi.

Ergotismo gangrenoso.—Questa forma dell' ergotismo è stata divisa in tre periodi, nel primo gli ammalati accusano mal essere, spezzamento nelle membra, il loro sonno è agitato, soffrono dolori nel dorso e nelle gambe, movimenti convulsivi, formicoli, crampi, o cuociori passeggeri nelle gambe e ne' piedi. Questo stato il quale costituisce, a propriamente parlare, i prodromi della malattia, può durare otto o quindici giorni, qualche volta manca affatto. Nel secondo periodo, le parti che debbono essere colpite da mortificazione, come le mani e specialmente i piedi, sono la sede di dolori vivi, profondi, che si esacerbano col calore e si aggravano durante la notte, qualche volta è una sensazione di freddo che niente può moderare. Allora si veggono spesso queste parti, cominciando dal pollice del piede, prendere una tinta violacea o rossastra, le flitteni vi si formano spesso, avvi pure un leggiero gonfiore più o meno edematoso; il polso si fa celere, si concentra; l'appetito è variabile. Nel terzo periodo, le parti finiscono di essere addolorate e sono colpite da mortificazione: tosto presentano i caratteri della gangrena umida. (Vedi l'articolo *Gangrena*)

La mortificazione progredisce tutti i giorni e si avvicina vieppiù al tronco; in generale è preceduta, nelle parti che deve colpire, da punture lancinanti e da un colorito violaceo; essa può anche invadere un intero membro. I sintomi generali sono in rapporto colla estensione di questi disordini; in fatti il polso è piccolo ed esile, la pelle fredda, coperta da un sudor vischioso, la lingua è arida, avvi estrema prostrazione, in fine gli ammalati periscono. In quelli i quali la gangrena si è circoscritta per tempo possono guarire dopo che le parti morti-

ficato si sono separate. In fine in casi più felici, la malattia può essere estirpata al principiar del secondo periodo; quindi, il freddo, il colorito violaceo e lo edema che fan credere una imminente gangrena, in vece qualche volta le parti si riscaldano a poco a poco e riprendono il loro colorito ed il loro ordinario volume. La durata dello ergotismo gangrenoso è di circa tre o quattro settimane, senza calcolare il tempo necessario per la separazione delle escare e la cicatrizzazione delle larghe perdite di sostanza; questo lavoro d'altronde può essere la causa di abbattimento e di morte.

Diagnosi. — Considerando soltanto i disturbi funzionali che abbiamo precedentemente descritti, tornerebbe impossibile poter conoscere la malattia, poichè nessuno di essi è caratteristico. In fatti i sintomi nervosi prodotti dallo ergotismo non differiscono da quelli che si osservano ne' diversi stati morbosi; è pur certo che l'ergotismo gangrenoso non è affatto differente per i suoi sintomi e pel suo corso dalla gangrena prodotta dalla infiammazione o dalla obliterazione delle arterie. Dunque i soli accidenti possono illuminare il medico sulle cause de' sintomi che osserva. Quindi ogni qual volta si osserveranno alcuni degli accidenti precedentemente descritti, bisognerà cercar di conoscere se lo individuo abbia fatto uso di cereali alterati dalla segala cornuta. La cosa sarà probabile se la malattia regna epidemica.

Pronostico. — Il pronostico dell'ergotismo è oltremodo grave: quasi tutti gli ammalati che soffrono accessi di forma epilettica periscono. Nella forma gangrenosa, la gravità dipende specialmente dalla estensione che la mortificazione occupa.

Etiologia. — In vano alcuni autori di gran nome, tra i quali Parmentier, hanno rievocato in dubbio gli effetti della segala cornuta; altri hanno, siccome Linné, riportato i fenomeni convulsivi al miscuglio de' cereali col *raphanus raphanistrum*. Le molteplici esperienze praticate da Réad, da Tessier, da Salerne, ec., sono affatto concludenti, e dimostrano in modo certo, 1.° che la segala cornuta agisce come tossica; 2.° che amministrata agli animali produce in essi accidenti assolutamente identici a quelli che abbiamo osservato sull'uomo; quindi ne' quadrupedi a' quali si amministra la segala cornuta, tosto si veggono i piedi, la coda, le orecchie raffreddarsi e gangrenarsi; gli uccelli perdono il becco; alcuni sembrano ubbriachi e balordi; altri hanno le convulsioni. Se alcuni di quelli che si sono dati alle esperienze non hanno ottenuto gli stessi risultati, bisogna attribuirlo dal perchè non hanno amministrato una sufficiente quantità; il che spiega che non esiste esempio di avvelenamento prodotto dalla segala cornuta quando è stata amministrata come medicamento. Crediamo però cosa prudente per l'avvenire, che ne' casi in cui è necessario l'uso prolungato della segala cor-

nuta, di non amministrare questa in natura, ma sebbene profittare delle recenti ricerche del Signor Bonjean, e si amministerrà lo estratto acquoso, il quale contiene soltanto il principio medicinale, mentre l'agente tossico racchiuso in un olio fisso ne è separato. L'ergotismo regna spesso epidemico. Si osserva specialmente nella Sologne, nell'Artois, in Piccardie, nella Touraine e l'Angoumois: assale quasi unicamente la classe povera, regna specialmente nelle annate piovose, quando la segala è di cattiva qualità e quando è in gran parte guastata dalla segala cornuta.

Cura.— Ignoriamo ancora un metodo di cura analogo da potersi opporre all'ergotismo. Sono stati vantati gli evacuanti, i sudoriferi; i diuretici, nello scopo di espellere il veleno dai diversi emontuoi della economia. Il salasso è stato raccomandato da Jussieu e da Tessier; oggi lo raccomanda un'autorità non meno imponente, il Signor Roche. Però faremo osservare in questo luogo che i salassi convengono soltanto nella forma convulsiva della malattia e ne' casi in cui il polso è ampio e frequente; nelle opposte condizioni, bisogna ricorrere solamente all'uso de' bagni tiepidi e specialmente all'oppio ed alla dose sino a produrre lo effetto sedativo. Lo stesso metodo conviene nella forma gangrenosa se esistono accidenti spasmodici; però in questa bisogna pure avvolgere le parti addolorate con fomenti narcotici ed eccitare colle frizioni irritanti e colle applicazioni aromatiche e toniche la vitalità delle parti che minacciano di gangrenarsi. Quando la mortificazione à luogo bisogna attendere che sia limitata; in questo solo caso si deciderà per l'amputazione. Torna inutile dire che le forze saranno sostenute coll'uso interno de' tonici e de' cordiali.

Natura.— Nella mancanza di schiarimenti precisi sulle lesioni cadaveriche, non possiamo dare alcuna opinione motivata sulla natura della malattia. Tutto porta a credere che la segala cornuta introdotta nel corpo è assorbita, e che l'azione deleterea che esercita è consecutiva ad un'alterazione del sangue. Questa dottrina ci sembra più in armonia co' sintomi osservati di quella proposta dall'onorevole e dotto Signor Roche. Questo medico considera l'ergotismo gangrenoso siccome lo effetto di un'arterite, la quale sarebbe prodotta dallo avvelenamento del sangue. Però mi pare che nessun fatto anatomico potrebbe invocarsi in favore di questa opinione. Nello stato attuale della scienza dobbiamo dire solamente che i sintomi generali che sieguono la introduzione del veleno nello stomaco fanno supporre che questo modifica il sangue in modo profondo, e che una nevrosi o una gangrena à luogo consecutivamente, secondo che la causa tossica, della quale il sangue è il veicolo, si porta in preferenza verso i centri nervosi, o pure verso gli organi circolatori.

DELLA PELLAGRA

La pellagra è una malattia generale specialmente caratterizzata da un eritema che occupa le parti del corpo abitualmente scoperte, complicandosi in seguito da diversi disturbi nervosi, da una diarrea colliquativa, e terminando quasi sempre colla morte.

Storia. — Le ricerche storiche alle quali i medici si sono consacrati hanno dimostrato che la pellagra era sconosciuta dai popoli antichi e da quelli del medio evo. La invasione di questa terribile malattia risale soltanto al 1730. In quest'epoca almeno un medico Spagnuolo, Casal, la indicò per la prima volta come quella che affettando la classe povera delle Asturie, e la descrisse sotto il nome di *mal della Rosa*. Venti anni poi un medico degli Stati di Venezia, Pujati, la trovò nello scritto di Felitre e la fece conoscere sotto il nome di *scorbuto alpino*; il Signor Roussel ha provato che era la stessa malattia la quale, all'epoca di cui è parola, faceva stragge nelle campagne del Milanese, dove si conosceva sotto il nome di *pellagra*. Nel 1771 comparvero le prime descrizioni di questo spaventevole morbo Frappolli e Zanetti, poi Widemar e Strambio specialmente, fissarono vivamente su questo nuovo flagello l'attenzione de' medici e del governo. Sino a questi ultimi tempi, la pellagra, appena menzionata ne' nostri libri classici, era considerata in Francia soltanto come un oggetto di curiosità, per la persuasiva che la malattia era confinata al di là delle Alpi e de' Pirenei. Mentre che vivevamo in questa sicurezza, un pratico della Teste de Buch, il dottore Hameau, avea già indicato nel 1829, ne' meschini abitanti del distretto di Arcachon, la esistenza di una malattia che egli non avea osato nomare, ma che alcuni medici bordelcsi, i signori Gintrac e specialmente Bonnet, riconobbero poscia siccome identica alla pellagra italiana. Essi la incontrarono ne' villaggi del nord della Gironda e ne' dintorni di Bazas; più tardi il Signor Marchand ne contò più di tre mila nelle Landes. Queste rivelazioni, comunque gravi ed inaspettate, fissarono appena l'attenzione pubblica; però nel 1842 e 1843, molti casi di pellagra si mostrarono a Parigi, allo spedale Saint-Louis, dove un giovane medico di moltissima esperienza, il Signor To: Roussel, li scoprì il primo. Questi fatti addivenuti di pubblica ragione, s'incominciò da quel momento ad essere meno indifferenti; d'altronde altre rivelazioni non tardarono a farci capire che la pellagra si era estesa in Francia con molto spavento, poichè non solo abbiamo saputo ch'ella incrudeliva nelle Landes e nella Gironda, ma pure nella Haute-Garonne, dove il Signor

Calès la osserva da molto tempo ne' dintorni di Villefranche; nel dipartimento di l' Aude, presso Castelnaudary, dove il Signor Roussilhe l' à osservata sin dal 1828 in modo quasi endemico. Al cospetto di questi fatti, la pellagra non saprebbe più trovarci indifferenti; è una quistione presente che dobbiamo tutti studiare, e non sapremmo far di meglio, per incamminarci in questo studio, che di leggere l' eccellente lavoro che il Signor Roussel à pubblicato recentemente sulla malattia. Il libro di questo medico ci sarà di somma utilità per la descrizione di questo articolo. Si potrà pure consultare una memoria del Signor Marchand (*Gazette des hôpitaux*, 1843), quella del Signor Briere (*Journal complémentaire*, ann. 1834); l' articolo inserito nel gran dizionario delle Scienze mediche dal Signor Jourdan; in fine ciò che i signori Cazenave e Schedel àno pubblicato nell' ultima edizione della loro opera sulle malattie della pelle.

Alterazioni cadaveriche. — Se la malattia à durato poco tempo, può accadere di non osservare alcun' alterazione distinta; tale è il caso riportato da Giuseppe Frank. Se la pellagra à seguito il suo solito corso, si possono osservare le lesioni più o meno gravi in alcuni de' visceri. Quindi si dice che la mucosa gastro-intestinale è più o meno iniettata, ammolita, spesso ulcerata; il fegato, la milza possono essere aumentati di volume ed ammoliti. Le meningi sono state trovate iniettate, infiltrate di siero, la sostanza cerebrale zigrinata, ora più ora meno consistente del solito. In fine il cuore floscio, molle, ed i polmoni fortemente ingorgati. Aggiungiamo a tutto ciò che le parti de' tegumenti i quali sono stati alterati durante la vita àno una tinta violacea, brunastra; l' epidermide duro, spessito, simile al corno, screpolato più o meno profondamente; il derma rossastro più o meno indurato e spessito.

Tra tutte le lesioni che precedono, nessuna è caratteristica; d' altronde possono mancare tutte, e non saprebbero render conto nè dalla sede nè della natura della malattia. Dunque non possono considerarsi che come alterazioni consecutive. Confessiamo però che le ricerche microscopiche sulla pellagra mancano ancora di precisione; che molte, anche recenti, sembrano essere state intraprese con prevenzione. Bisogna dunque darsi ad altre investigazioni più esatte, senza però speranza di poter trovare sul cadavere la ragione de' sintomi della pellagra notati durante la vita.

Sintomi. — All' esempio di molti autori italiani divideremo la pellagra in tre distinti periodi.

Primo periodo. — La malattia si è manifestata qualche volta bruscamente: altre volte offre i prodromi; sono essi stanchezza, mal' essere, inappetenza, nausea, diarrea, cefalalgia, vertigini. Checchè ne sia, la pellagra si manifesta quasi sempre ver-

so l'equinozio della primavera. Dapprima si veggono comparire sulle parti de' tegumenti abitualmente esposte a' raggi del sole, come il dorso della mano e de' piedi, l'avambraccio, la regione sternale, e qualche volta la fronte e la faccia, alcune piastre eritematose di un colorito rosso più o meno carico, di variabile grandezza, e che sono la sede di prurito (Gherardini ed Albera) o di cuociore (Strambio). Spesso le piastre rosse di cui è parola si coprono di vescichette o di bolle ripiene di un siero giallastro o rossastro; poi, dopo un tempo variabile, l'epidermide si disacca e si distacca sotto forma di lamine forforacee. Secondo Strambio, anzichè questi fenomeni di flemmasia, la pelle delle regioni esposte al sole si farebbero brune, si disseccerebbero, poi l'epidermide si separa. Mentre che questi accidenti hanno luogo verso i tegumenti, gli ammalati addiventano tristi, barcollanti, infingardi: sono tormentati da vertigini e da susurri degli orecchi: alcuni provano dolori lungo il dorso e nelle membra. Questi disturbi dipendenti dal sistema nervoso possono esistere soli per molto tempo senza eritema alla pelle. Ciò che si osserva in preferenza negl'individui i quali non si espongono a' raggi del sole, Checchè ne sia, a questo periodo le funzioni digestive sono alquanto turbate. In fatti avvi inappetenza, nausea, spesso costipazione, più spesso diarrea.

Dopo un aumento di molte settimane, i sintomi che abbiamo enumerati, rimangono stazionari: poi diminuiscono progressivamente, e spesso scompaiono quasi completamente verso il mese di luglio e di agosto. Qualche volta presentano una leggera esacerbazione in autunno, ma finiscono all'approssimarsi dello inverno: questa tregua, la quale per lo più dura alcuni, mesi soltanto, può prolungarsi per lo spazio di due anni. Quasi sempre nella primavera avvegnente lo stesso treno sintomatico si manifesta: ciò si ripete anche due, tre e quattro anni di seguito: allora gli ammalati, pervenuti al secondo periodo del loro male, sono obbligati di rinunciare a' loro travagli abituali.

Secondo periodo. — A quest'epoca della malattia, la eruzione cutanea perde l'apparenza dell'eritema; si copre qualche volta di vescichette e di pustole, le quali disseccandosi, formano delle croste più o meno compatte. La pelle è rugosa e giallastra; l'epidermide spessito, e lascia allo scoperto una superficie lucida e di un rosso livido. Qualche volta, dice il Signor Roussel, l'alterazione di questa membrana si ravvicina alla ptiiasi versicolare a certe forme d'ictiosi. Molti autori hanno paragonato anche la pelle di quelli che soffrono la pellagra, quella delle mani e delle dita particolarmente, alla pelle delle zampe di oca. Quando le alterazioni sono giunte a questo grado, esse non scompaiono più completamente, neppure durante l'inverno, e lasciano le stimate indelebili, le quali sono state pa-

ragionate alle cicatrici di scottatura (Roussel). A quest' epoca i disturbi del sistema nervoso sono più numerosi e più gravi; vi sono dolori più vivi lungo la midolla spinale e nelle membra; la debolezza muscolare è tale che il camminare è vacillante; i movimenti della mano sono deboli, incerti, la stessa lingua e la mascella inferiore sono qualche volta agitate da un leggiero tremito; i sensi sono più o meno indeboliti. Quindi la sensibilità generale è ottusa, l'udito duro, la vista debole; alcuni ammalati sono colpiti da ambliopia, da diplopia o da emeralopia. Questi esseri cadono allora in una tristezza profonda; perdono la memoria; alcuni hanno un delirio acuto; molti cadono in uno stato di malinconia e di lipemania con tendenza al suicidio (folia della pellegra). I sintomi digestivi si sono aumentati nello stesso progresso degli accidenti nervosi. Allora si osserva specialmente una diarrea ostinata che aumenta la debolezza già estrema degli ammalati. In mezzo a questi sintomi, il polso è piccolo e debole; avvi un apparato febbrile continuo, con esacerbazioni irregolari. Le donne perdono la mestruazione; quelle che sono incinte abortiscono il più delle volte; alcune sono tormentate da scoli bianchi o da perdite.

Quando la malattia è arrivata a questo grado, i sintomi cutanei possono diminuire l'inverno per ricomparire con una novella intensità nella veggente primavera; però i disturbi nervosi e digestivi continuano nello stesso grado.

Terzo periodo. — Nel terzo periodo, i sintomi precedenti si aggravano a tal segno, che la malattia, addivenuta assolutamente incurabile, termina inevitabilmente colla morte, dopo un tempo più o meno breve. Molti si dimagriscono sino al marasmo; quasi tutti sono dementi; le loro membra, più o meno completamente paralizzate, sono infiltrate; il loro polso è piccolo, esile; la loro lingua è spesso nera ed arida, e le loro gengive sono qualche volta gonfie, e gemono sangue. Con più particolarità in questo caso la pelle presenta delle croste compatte brunastre e screpolate, di un aspetto che disgusta.

Esito. — La pellagra può avere un esito felice nel primo ed anche al cominciare del secondo periodo; però il suo esito è quasi sempre funesto. Gli ammalati muoiono, gli uni per una malattia intercorrente; altri indeboliti, infiltrati, minacciati da diarrea e da febbre etica, periscono pel progresso del male. In fine moltissimi danno termine alla loro disperata esistenza col suicidio; secondo la osservazione di Strambio quasi tutti cercano di annegarsi.

Durata. — La pellagra à d'ordinario un corso lento, ed una durata non minore di due o tre anni. Il primo periodo si prolunga comunemente per molti anni, e specialmente quando essa arriva al suo secondo periodo la malattia può rimanere lun-

go tempo stazionaria. Quindi il Signor Brierre di Boismont il quale à osservato la pellagra in Italia, dice aver veduto ammalati i quali li trovavano nello stesso stato dopo dodici, quindici, diciotto e quarantacinque anni; Calderini parla pure di alcuni infelici i quali avrebbero contrastato colla malattia per lo spazio di sessant'anni.

Diagnosi. — La pellagra ben caratterizzata non potrebbe essere confusa con alcun'altra malattia cutanea. Per potersi ingannare, bisognerebbe, come lo dice il Signor Cazenave, che coincidesse con un eritema delle mani, di una ictiosi; cogli accidenti gastrici e cerebrali gravi; ed anche in questi casi l'errore non potrebbe durare lungo tempo, perchè lo andamento della malattia non tarderebbe a dissipare tutti i dubbi.

Pronostico. — Da ciò che precede, torna inutile insistere per provare quanto la pellagra sia un'affezione grave; d'altronde arrivata ad un certo grado, tutti la considerano come assolutamente incurabile.

Etiologia. — Abbiain detto che la pellagra è una malattia endemica nel Milanese e nel regno Lombardo Veneto, specialmente nelle province di Como e di Bergamo; si osserva pure nelle Asturie, ed in Francia in alcuni dipartimenti, nell'Aude, nelle Landes, nella Gironda e forse in molti altri. In tutti i tempi si è cercato di trovar la causa di questa endemia, ed è stata invocata, per poterla spiegare, la insolazione, la influenza di un'aria troppo asciutta o troppo umida, la sporchezza, le fatiche, i dispiaceri, la miseria; però nessuna di queste opinioni merita di essere sostenuta. La maggioranza degli autori ànno pur cercato in tutti i tempi la causa della endemia della pellagra nella natura degli alimenti: quindi le carni salate, i vini guasti, le acque di cattiva qualità, l'abuso de' latticini, delle cose crudite, il pan di segala addivenuto acre, la farina di miglio, di gran turco, il riso, ec. sono stati accusati come capaci di produrre la pellagra. Queste idee teoriche però non ànno avuto mai proseliti, atteso che la malattia si mostrava spesso, senza che alcuna delle precedenti condizioni esistesse, mentre che ne' paesi dove s'incontravano, la pellagra era affatto sconosciuta. Però avvi una opinione la quale spinta sempre oltre da mezzo secolo, cioè che l'uso esclusivo del mais come sostanza alimentare può produrla. Questa dottrina, sviluppata da Thouvenel, nel 1798, combattuta e difesa in seguito con grande ostinazione, è stata riprodotta in questi ultimi tempi con gran talento dal Signor Balardini in Italia, e dal Signor Roussel in Francia. Questi autori, l'ultimo specialmente, ànno accumulato in suo favore una serie di argomenti che danno à questa dottrina una grande verisimiglianza. Quindi il Signor Roussel à fatto vedere che da pertutto dove esisteva la pellagra, diminuisce

la coltura del mais; esse anno e l'una e l'altra al nord lo stesso limite. Il Signor Roussel à pure dimostrato colle ricerche storiche che la pellagra non è stata conosciuta che all'epoca in cui il mais à occupato un gran posto nello alimento di certe popolazioni. Quindi nel secolo XVII, e specialmente nella prima metà del XVIII la coltura del mais è alquanto diminuita e sostituita dagli altri cereali nel nord dell'Italia: or si vede che verso il 1750 i medici ànno incominciato ad osservare la pellagra. In Francia, ove il mais non è addivenuto interessante che ad un'epoca più vicina a noi, la pellagra è stata indicata verso il 1818 soltanto. In fine numerosi fatti dimostrano che, tutte le cose eguali d'altronde, il grado d'intensità della pellagra è in rapporto diretto col grado d'importanza col mais nello alimento; quindi non si osserva la malattia endemica se non che nelle popolazioni povere, delle quali il mais forma l'unico nutrimento durante tutta la stagione invernale (1).

I fatti che abbiamo esposti sono gravi; le prove che ò riunite in favore dell'azione del mais sono numerosissime ed autentiche assai per stabilire, se non un convincimento completo, almeno per dare alla dottrina che ò cercato di far prevalere un grado di probabilità sufficiente per giustificare il posto che la pellagra occupa in questo libro al lato delle altre malattie cereali.

Siccome tutte le altre affezioni, la pellagra à le sue cause predisponenti. Quindi dietro i dati pubblicati nel 1844 dal Signor Calderini, pare che la gioventù, la prima infanzia e la età adulta siano i periodi più favorevoli allo sviluppo della pellagra; gli uomini sembrano esservi più predisposti. La malattia, quasi sconosciuta nelle città, colpisce solo quelli che vivono nelle campagne. La pellagra non è affatto contagiosa e nè meno ereditaria; se spesso si manifesta di buon mattino ne' ragazzi nati da parenti i quali ne sono stati infetti, ciò avviene, dietro le osservazioni del Signor Jourdan, perchè i primi sono disposti in modo speciale alla malattia per la debolezza istessa della loro costituzione, e perchè provano l'influenza di un

(1) Il mais o gran turco è tra tutti i cereali il meno azotato, è privo di parte glutinosa, o ne contiene poca. A ciò si aggiunga essere una pianta la quale soffre spesso per i rigori del nostro clima e frequentemente si raccoglie quando il grano non ancora è maturo. D'altronde sembra che il mais non produca la pellagra che in seguito di una malattia alla quale esso stesso sarebbe soggetto. Quindi il Signor Batardini, il quale di recente à sviluppato questa opinione nel CXIV. vol. degli *Annali univ. di medicina* (1845) pensa che la malattia del mais alla quale bisogna attribuire la pellagra, consiste nello sviluppo di un parassito fungoido frequentissimo nella Italia settentrionale, dove è conosciuto sotto il nome di *vertere* (*vert-de-gris*). E questa una opinione la dimostrazione della quale non è completa.

genere di vita e di lavoro che l'è fatta sviluppare ne' secondi.

Sorge grave quistione in Italia per sapere, siccome l'avea supposto il Calderini, or sono quarant'anni, se esiste un antagonismo tra la pellagra e la scrofola. Attualmente non possiamo pronunciarsi in mezzo a fatti contraddittori invocati da' partigiani dello antagonismo e da' suoi avversari.

Cura. — I migliori autori, Strambio tra gli altri, àno conosciuto l'impotenza degli agenti farmaceutici contro la pellagra; però, onde obedire a certe indicazioni predominanti, bisogna ricorrere spesso a diversi rimedi, per esempio, a' salassi, agli evacuanti, ec., senza però abusarne giammai. I bagni tiepidi àno goduto in tutti i tempi di un gran favore in Italia; il Signor Calderini, il quale li à molto raccomandati in questi ultimi anni, li considera non solo come utili per modificare lo stato della pelle, ma pure per stabilire le funzioni digestive e calmare i disturbi nervosi; chechè se ne dica però, questo mezzo può essere accessorio soltanto. La principale sorgente del medico risiede ne' mezzi igienici, e prima di tutto negli alimenti. In fatti bisogna cercare, con un regime conveniente, di ristabilire le forze e modificare la costituzione. Il Signor Marchand vanta molto la dieta lattea; si comprende però che un regime più sostanzioso sarà necessario il più delle volte; oltre a che si avrà cura de' disturbi che esistono per parte degli organi digestivi; la dieta lattea sarà prescritta il più delle volte solo al principio della cura per preparare gli ammalati ad un regime più corroborante; in fine, ad una certa epoca, bisognerà alla dieta unire l'uso de' ferruginosi e degli amari.

Natura. — La pellagra non potrebbesi oggi considerare come un eritema; la malattia cutanea costituisce, in fatti, semplicemente un epifenomeno. Per lo spazio di alcuni anni, e preoccupati i medici da un sistema allora in voga, àn voluto fare della pellagra una gastro-enterite: questa opinione non à più difensori a' giorni nostri. Noi consideriamo la pellagra come una malattia generale risultante da un vero avvelenamento prodotto probabilmente dall'uso esclusivo di un certo alimento. È inutile dirsi, io penso, che la idea emessa in Italia dal Calderini, che la pellagra sarebbe una forma della sifilide, è affatto impossibile a potersi sostenere.

AVVELENAMENTO CO' GAS DE' CESSI, DELLE FOGNE,
DE' POZZI E DELLE MINIERE

Si sviluppano ne' cessi molte specie di gas in seguito delle decomposizioni o reazioni chimiche che hanno luogo nelle materie ivi riposte. Questi gas sono specialmente, l'idrosolfato, il carbonato, o il sesqui-carbonato d'ammoniaca, l'acido idrosolforico, l'azoto, l'acido carbonico, il gas ammoniacale, e qualche volta l'idrogeno fosforato (1). Però il mefitismo de' cessi è prodotto specialmente dall'idrosolfato di ammoniaca, e dall'acido idrosolforico. Questi due gas sono quelli che costituiscono il *piombo*, parola la quale serve ad indicare nello stesso tempo e la specie della esalazione che à luogo ne' cessi e gli accidenti che ne risultano.

I sintomi prodotti dal mefitismo delle fosse variano secondo la proporzione de' gas deleterei e secondo le disposizioni organiche degl'individui che vi si espongono. In alcuni casi, gli operai che scendono ne' fossati cadono ad un tratto siccome fulminati; il più delle volte però presentano i sintomi di asfissia i quali sono preceduti ed accompagnati da accidenti nervosi particolari. Quindi quest'individui accusano dapprima dolori atroci allo epigastrio, alle articolazioni ed alla testa; provano uno stringimento penosissimo alla gola; hanno nausea e deliqui; altri hanno un delirio e le convulsioni, specialmente ne' muscoli facciali: questo è il *riso sardonico*; alcuni mandano involontari gridi, qualche volta modulati (ciò vien chiamato dai votacessi *cantar il piombo*); in fine i sintomi ordinari dell'asfissia non tardano a manifestarsi: qualche volta questi sono primitivi, e la risoluzione generale arriva prima che alcun sintomo nervoso si manifesti. Allora la faccia si fa azzurrogoia o livida; una schiuma sanguinolenta sfugge dalla bocca; i battiti del cuore sono irregolari, tumultuosi, e la respirazione, breve penosa, convulsiva, tosto si sospende.

Tutti gl'individui che cadono asfittici nelle fosse non offrono però la serie di accidenti che abbiamo enumerati; alcuni presentano soltanto i disturbi che si osservano in un aria non rin-

(1) Il predominio del gas ammoniacale produce qualche volta negli operai l'arrossimento, il pizzicore agli occhi, gravedine, con dolori nelle orbite e cefalalgia. Questi accidenti, distinti sotto il nome di *mitte* dal votacessi, non offre mai alcuna gravezza; essi si dissipano quasi sempre dopo alcune ore, al più tardi dopo alcuni giorni, con una dimora in un luogo fresco, al coverto della luce, e bagnando gli occhi coll'acqua fresca. La *mitte* affligge pare quelli che vuotano le fogne; ma è più mite in questi che ne' votacessi.

novata o pregna di acido carbonico; ciò dimostra che l'aria della fossa è allora formata di solo azoto, da un poco di acido carbonico e di carbonato di ammoniaca. La morte ha luogo in questo caso per la sola mancanza di aria respirabile, mentre che nel primo caso avvi vero avvelenamento; quindi i cadaveri di questi si putrefanno con una estrema rapidità; il loro sangue à subito una profonda alterazione: esso è liquido, verdastro, e tutti i visceri sono ammoliti.

L'asfissia prodotta dal piombo assale solamente i votacessi o gli operai che scendono nelle fosse per vuotarle o riattarle; sono stati veduti nomini colpiti dopo essersi avvicinati agli avanzi trasportati fuori delle fosse, quantunque queste fossero stata vuotate senza accidente alcuno. Il piombo colpisce gli artefici specialmente ne' tempi umidi e caldi; questo accidente si osserva specialmente nelle fosse mal custodite e che ricevono gli avanzi vegetabili, le acque di masserizie e de' smaltatori. Bisogna sapere che lo avvelenamento è prodotto specialmente quando si scovre la fossa, quando si rompe la superficie e si agitano le materie solide. Finalmente discendendo sulla fossa l'operaio deve guardarsi dagli angoli e dalle screpolature. Solamente dopo dodici o quindici giorni da che la fossa è stata vuotata e lasciata aperta l'operaio scenderà per apportarvi le riparazioni necessarie. Un fatto citato dal Signor Guérard, negli *Annales d'Hygiène* de 1844, prova che le esalazioni de' cessi che si vuotano possono essere fatali per i neonati posti in un appartamento vicino al focolaro d'infezione.

Cura.— L'operaio colpito dal piombo sarà tosto spogliato ed esposto all'aria e sirofinato: si aspergerà il corpo con acqua fredda ed aceto: si amministreranno i clisteri purganti. Il cloro è stato molto vantato, o come eccitante, o meglio siccome capace di neutralizzare il gas idrogeno solforato non ancora assorbito: ma siccome il cloro è molto irritante, bisogna impiegarlo con grande riserbatezza. Seguendo lo esempio del Signor Labarraque, bisogna preferire il cloruro di soda liquido, del quale s'impregnerà un fazzoletto e si collocherà sotto il naso dello infermo; però la esperienza non ancora si è pronunziata sulla utilità di questo mezzo. Subito che la respirazione si ristabilisce e la deglutizione può effettuarsi, tornerà utile amministrare qualche sostanza per eccitare il vomito, I votacessi impiegano alcuni cucchiaini di olio, e danno un bicchiere di acquavita tosto che le nausee cominciano; è però più proficuo, allo esempio di Hallé, di amministrare lo emetico. Si prescriverà in seguito qualche bevanda eccitante, acidola o antispasmodica, secondo la natura degli accidenti. Il salasso è raramente indicato, e quando una congestion cerebrale ne richiede l'uso, bisogna praticarlo con prudenza e riserbatezza ne' casi in cui i rivellenti sono stati inutilmente impiegati.

Mefitismo delle fogne, de' pozzi, del carbon fossile, ec. —
 Non faremo parola particolarmente del mefitismo delle fogne poichè à luogo quasi dagli stessi gas di quello de' cessi; lo stesso si dirà dell' atmosfera deleteria che trovasi in alcuni pozzi o sotterranei delle grandi città, sia per le azioni geologiche speciali, o più di sovente in conseguenza dello infiltramento delle materie contenute nelle fosse vicine; si conosce pure che gli operai delle miniere possono provare alcuni accidenti dei volaccesi, e di quelli che praticano nelle fogne, accidenti che variano secondo la natura delle miniere che si scavano. Quindi nelle miniere di carbon fossile, si osserverà l' avvelenamento coll' acido carbonico, ossido di carbone; idrogeno carbonato ed acido idrosolforico, mentre che nelle miniere della maggior parte de' metalli, gli accidenti osservati dipendono qualche volta dallo sviluppo dell' idrogeno arsenicato. In fine in qualunque specie di miniera, lo avvelenamento è spesso prodotto perchè gli operai penetrano nelle gallerie che contengono un'aria non rinnovata e pregna di azoto e di acido carbonico

DELLO AVVELENAMENTO CO' VELENI

Intendesi per veleno un liquido segregato da certi animali nello stato di salute, e che depositato in un special riserbatoio loro serve di attacco e di difesa. Gli animali velenosi sono quelli i quali armati di questo veleno, lo depositano ne' nostri tessuti dopo averli lacerati o morsi. Ne risultano diversi accidenti, gli uni locali, gli altri generali, il cui grado d' intensità varia, e che, qualche volta, possono essere tanto funesti da produrre la morte.

Gli animali che più spesso determinano lo avvelenamento di cui è parola sono: la vipera, il serpente a sonagli ed alcuni insetti.

AVVELENAMENTO COL VELENO DELLA VIPERA

Colui che è morso dalla vipera prova ad un tratto un dolore vivo, cocente, il quale, come una vampa di fuoco, si estende dal punto morsicato in tutto il membro; questo si gonfia rapidamente: nello stesso tempo il polso si accelera e si concentra; il ferito prova angosce, debolezze, dispnea, sudori freddi ed eiezioni biliose; tosto una tinta itterica si manifesta. In fine, dopo uno o molti giorni, la parte morsa si rende pesante, si cove di macchie ecchimotiche, un gemitio sieroso à luogo dalla piccola piaga, qualche volta vi si forma un piccolo punto gangrenoso. Questi accidenti sono più o meno gravi e più o

meno rapidi nel loro corso ; pur tutta via , è raro che abbiano un esito funesto. Fontana , il quale à praticato più di sei mila esperienze sul veleno della vipera , pensa che la morte non à potuto aver luogo una volta su cento. A cose eguali d'altronde, il veleno della vipera sembra più attivo in età che nella primavera : una costituzione debole e lo spavento aumentano di molto i pericoli della malattia. Il morso della vipera rossa è il più pericoloso. Gli accidenti che abbiamo esposti sono prodotti dalla introduzione nella piaga di un' veleno particolare che l'animale porta in due serbatoi collocati alla base de' due denti della mascella superiore , denti curvi e mobili , che presentano un canale centrale pel quale il veleno è trasportato nella piaga. In opposizione a ciò che dice Fontana, il veleno della vipera può conservare le sue proprietà venti o venticinque mesi dopo la morte dello animale , quando dissecato , si conserva garantito dall' aria (Mangelli).

Cura. — Aristotile , e specialmente Celso e Plinio àno molto raccomandato di succhiare la piaga fatta dalla vipera ; colui che lo pratica non corre alcun rischio , anche quando trangugiasse la saliva. Il più delle volte però si pratica soltanto una ligatura al disopra della piaga ; poi, avendone i mezzi , si colloca questa in una ventosa , e si cerca di distruggere il veleno nel punto dove è stato inoculato. D' ordinario basta far penetrare nella piaga alcune gocce di ammoniac e coprirla di un cuscinetto o di una compressa impregnata di un liquido risolvante. Fontana preferisce la potassa caustica , che considera come un vero specifico , ma in realtà non offre vantaggio sugli altri escarotici. Checchè ne sia , e qualunque sia la sostanza che si scieglie , è sempre indicata la cauterizzazione profonda della parte per distruggere l' intero focolare nel quale il veleno è stato depositato , ogni qualvolta la morsicatura è seguita da gravi accidenti. Per agire con più efficacia in questi casi, bisogna incidere a forma di croce la piaga , onde poterne cauterizzare con certezza il fondo ; nello stesso tempo si amministreranno internamente i cordiali , gli stimolanti , i quali sono generalmente considerati siccome forniti di una grande efficacia. È stata molto raccomandata l' ammoninca o l' acqua di Luce , della quale si danno 4 o 16 gocce al ferito in un poco di acqua zuccherata , in ogni due ore ; poi si sosterranno le forze con i tonici e specialmente col vino generoso.

DELLO AVVELENAMENTO COL VELENO DE' SERPENTI
A SONAGLIO

Questi serpenti che trovansi in gran numero nel Paraguay, sono tra tutti gli animali velenosi quelli de' quali la morsicatura determina i più gravi accidenti. In fatti non è raro vedere la vita spegnersi in alcuni minuti in uno stato di estremo abbattimento, interrotto di tempo in tempo da movimenti convulsivi. Nella maggior parte de' casi, gli ammalati provano, subito dopo essere stati morsicati, un estremo mal' essere, ansietà grande, prostrazione; il polso addivien celere ed irregolare; avvi cefalalgia vertigini, movimenti convulsivi; la sete è bruciante, compariscono i vomiti, la diarrea, i sudori freddi copiosi; i bordi della piaga si gonfiano e s' infiltrano di sangue; tosto tutto il membro si gonfia ed addiviene livido. Nell' ultimo periodo, si osservano le petecchie, le ecchimosi, le emorragie passive di quasi tutte le mucose, la prostrazione è estrema, la sensibilità ottusa, e la morte à luogo in un intervallo che varia tra dodici o quindici ore sino a dodici o quindici giorni.

In questi casi rari in cui la malattia termina felicemente, i sintomi generali sono meno gravi; mancano le emorragie passive, i bordi della piaga, anzichè esser lividi, sono infiammati; in fine verso il settimo giorno, ogni pericolo è ordinariamente finito, però la convalescenza è sempre lunga e stentata, gli ammalati rimangono lungo tempo deboli, molti perdono i capelli.

In quelli che muoiono si osserva ordinariamente la sola congestione sanguigna ne' principali visceri. Si è però detto che quando la morte aveva luogo dopo il primo settenario si trovavano gli ammollienti parziali della midolla e del cervello; però questo fatto non è ancora dimostrato.

Cura. — Tutti i medici pensano che se la morsicatura à luogo sopra un dito o un pollice del piede, bisogna sollecitare l' amputazione; se à sede nel centro delle parti molli, bisogna distaccarle mediante l' incisione, estirparle e cauterizzare poscia la piaga; pensiamo però che la sola cauterizzazione, purchè sia completa ed estesa, debba bastare. I sintomi gravi sono combattuti coll' uso interno dell' ammoniac; si amministrerà la canfora e l' etere contro gli accidenti nervosi; la china-china, i cordiali e gli eccitanti diffusivi contro la prostrazione e gli altri sintomi putridi. Dietro alcuni fatti riportati nel t. II *des Transactions medico-chirurgicales de Londres*, sembra che l' acido arsenioso e l' arsenite di potassa sotto forma di bevanda sarebbero stati utili; però manca qualunque dimostrazione a questo

riguardo. Checchiè ne abbiano detto alcuni viaggiatori, è certo non conoscersi ancora alcuno specifico per neutralizzare il veleno de' serpenti a sonaglio. Questo animale è sì pericoloso da tornar cosa utile la severa proibizione delle autorità del suo trasporto in Francia, e ciò con tanta maggior ragione, in quanto che è provato potersi abituare al clima.

DEGL' INSETTI VELENOSI

Nella grande classe degli insetti nel nostro clima, le api, il calabrone, la vespa, la zanzara e qualche volta lo scorpione sono i soli insetti velenosi.

Pungitura delle api. — L' ape, la vespa, il calabrone, pungendo la pelle, lasciano spesso nella piaga il loro pungiglione, armato qualche volta della vescichetta che contiene il veleno. Questa pungitura causa comunemente un cuociore, seguito da gonfiamento edematoso: la pelle gonfiata in generale è bianca, qualche volta resipelatosa, eccetto al livello della pungitura, dove esiste un piccolo induramento, specialmente se il pungiglione è rimasto nella piaga. Questi accidenti sono quasi sempre leggieri, e cedono spontaneamente dopo uno o molti giorni; si citano però alcuni casi in cui la pungitura di una sola vespa à potuto produrre la morte. Gli uni pusillanimi, sono morti con una sincope; in altri, di cattiva costituzione, è sopravvenuta la cangrena delle parti tumefatte. In fine un ammalato morì soffocato in alcune ore dopo essere stato punto al velo palatino, la cui tumefazione impedì l' ingresso dell' aria. Per regola generale però, la morte à luogo solamente nello stesso tempo; quindi esiste un gran numero di esempli d' individui i quali essendo stati attaccati da uno sciame di api sono morti sul luogo.

Le bagnature di aceto, di ammoniaca, di acqua di Goulard, di acqua salata, di urina, il sugo di perzemolo, le unzioni oleose, sono i principali mezzi che convengono. Si cercherà pure di vedere se il pungiglione sia rimasto nella piaga; in questo caso, si taglierà colla forbice tutta la protuberanza della pelle, evitando con cura la vescichetta, perchè non avesse a vuotarsi nella piaga, poi si procederà alla estrazione del pungiglione.

Pungiture delle zanzare. — Le zanzare sono insetti incomodi ma di niun pericolo. Il bruciore si calma colle bagnature di acqua fresca ed aceto.

Pungiture dello scorpione. — Ne' nostri paesi, la pungitura dello scorpione è senza pericolo; si citano però esempli in cui un simile accidente avrebbe prodotto uno stato adinamico molto grave, cou febbre, vomiti, tremore e gonfiamento doloroso del membro ferito. Questi disturbi, rarissimi qui, non lo

sono sotto la zona torrida, dove la pungitura dello scorpione è qualche volta mortale.

Si usa lo stesso metodo di cura della morsicatura della vespa.

Morsicatura della tarantola. — Si è supposto per lo spazio di molti secoli che la morsicatura della *tarantola* produceva una malattia singolare, caratterizzata da un bisogno immoderato di ballare (*tarantismo*), è però dimostrato che la morsicatura di questo animale produce soltanto alcuni accidenti locali di poca importanza. Il tarantismo, tal quale è descritto in tutte le antiche opere, è una malattia che realmente non esiste affatto.

DE' VIRUS

Si dà il nome di *virus* al prodotto d'una segregazione morbosa accidentale, prodotto insensibile, impercettibile, avendo ordinariamente per veicolo il pus, il muco, una materia sierosa o il sangue. I virus messi a contatto di un corpo sano, vi determinano una serie costante di fenomeni morbosi che hanno per effetto la riproduzione del medesimo agente, la quale può così trasmettersi in un modo indefinito. Quindi è che i virus sono differentissimi da' veleni. Egli non è mica questo il luogo di fare regola generale sul virus. Noi rimandiamo per altro il lettore alle considerazioni che il Signor Chomel à fatto su tal soggetto importante nell'ultima edizione della sua *Patologia generale* (pagine 40 e seg.). Passeremo ancora sotto silenzio in questo capitolo le malattie virulenti: ed in vero di parecchi, già ci siamo occupati: tali sono il vaiuolo, la vaccina, il morbilli la scarlattina, ec., è noto il motivo che ci à spinto a parlare di queste malattie partitamente; tratteremo soltanto qui della *sifilide*, della *rabbia*, della *pustula maligna* e del *carbone*, della *morva* e della *scabbia*.

DELLA SIFILIDE O MALATTIA VENEREA

Col nome di *sifilide*, o *malattia venerea* s'intende una moltitudine di alterazioni di una natura specifica, prodotte da un virus particolare, che applicato sopra una parte del corpo può riprodursi, moltiplicarsi, ed esercitare la sua azione localmente, ed in prosieguo su tutta la economia dopo essere stato assorbito. Per questa ragione de' due modi di azione è stata stabilita nella sifilide una divisione importantissima. Chiamasi *sifilide primitiva*, o vengono indicati sotto i nomi di *sintomi primitivi* tutti gli accidenti che soggiungono su i punti medesimi, ove il virus è stato depositato, mentre che si chiamano *consecutivi* o *costituzionali* quelli che sviluppansi in un' epoca più o meno lon-

tana, e spesso in diversi punti del corpo nello stesso tempo, quando il virus assorbito à infettato la massa del sangue.

Storia. — Molto si è discusso sulla origine ed antichità della malattia venerea: gli uni, siccome B. Bell ed i signori Cazenave e Reynaud, ànno preteso esistere presso gli antichi popoli; molti ancora ne ànno formata una forma o una degenerazione della lepre; altri in maggior numero, fanno della sifilide una malattia di moderna origine, perchè stabiliscono la sua prima comparsa in Europa dal 1494 al 1495. Coloro i quali si appigliano a questa ultima opinione la fanuo nascere, gli uni in Napoli, allora assediata dall' armata francese, mentre altri credono con Oviedo che essa ci fu portata dal nuovo mondo da' compagni di Cristofaro Colombo. Astruc, che nel suo *Traité des maladies vénériennes*, à discusso questa quistione istorica con grande superiorità, à sostenuto l' origine americana della sifilide, ed à pur cercato di dimostrare, mediante una grande erudizione, che la malattia era affatto sconosciuta da' medici e dagli storici che ànno descritto prima della fine del XV.^o secolo, e che non era ne poteva essere una degenerazione della lepre. Quest' ultima opinione però ci sembra poco esatta; perchè consultando tutti i documenti riuniti dal dottor Cazenave nella introduzione del suo eccellente *Traité des syphilides*, si trova che dopo il *Levitico* di Mosè sino agli autori del XV.^o secolo esistono moltissime descrizioni le quali sembrano caratterizzare alcuni degli accidenti della sifilide primitiva. Nel 1846 il Signor Littré à pubblicato nella *Gazette médicale* un articolo interessantissimo tendente a provare che la sifilide esisteva appo noi sin dal XIII.^o secolo, e che vestiva allora una forma analoga a quella che ancor oggi presenta. In fine diversi regolamenti di polizia, quelli che erano in vigore a Londra sin dal II.^o secolo (1162), a Venezia nel 1302, e quelli che furono stabiliti più tardi in Avignone dalla regina Giovanna, sono altrettante prove irrefragabili le quali dimostrano che prima dell' epoca in cui si dice che la sifilide sarebbe invasa in Europa, gli uomini i quali frequentavano i luoghi di debosciatezza erano esposti a contrarre alle parti genitali una malattia contagiosa (1). Checchè ne sia, se la malattia venerea esisteva prima del finir del XV.^o secolo, almeno è certo che verso quest' epoca addivenne più generale.

(1) L' articolo 4, dello Statuto di Giovanna I. regina delle Due Sicilie e Contessa di Provenza, promulgato nel 1347 per autorizzare lo stabilimento di un lupanaro ad Avignone, era così concepito: La regina vuole che tutti i sabati la Superiora ed un barbiere mandato da' consoli visitino tutte le ragazze debosciate; e se alcuna sarà affetta dal male vendicatore della libidine, questa sarà separata e messa da parte, perchè nessuno la conosca, onde evitare il male che la gioventù potrebbe prendere.

La sifilide è stata, sin dallo sviluppo, ciò che è a' giorni nostri: se sembra essere stata più grave altra volta che ora, bisogna probabilmente attribuir ciò meno all'attività maggiore del virus che al modo di curare la malattia.

Il numero delle opere pubblicate sulla sifilide è immenso. Non possiamo qui dare la lista di tutti coloro che meritano di essere distinti: a nostro avviso però, i due libri che noi consideriamo, come il capo lavoro di osservazione, sono quelli di Swédiaur G. Hunter. Molti autori contemporanei, senza forse eguagliare questi due grandi maestri, hanno non pertanto prodotto molti lavori distinti; merita molta stima il libro del Signor Lagneau, il quale gode sempre una meritata riputazione; poi i diversi articoli inseriti da Cullerier zio e nipote, nel gran *Dictionnaire des sciences médicales*, e nel *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; il piccolo *Manuel* del Signor Gibert, il *Traité* del Signor Reynaud, le *Précis théorique et pratique* del Signor Baumès, opera eccellente e che fa conoscere un osservatore consumato; in fine, per dar termine, faremo menzione de' libri de' signori Ricord et Lucas Championnière, distintissimi specialmente per la parte terapeutica.

Virus o veleno sifilitico. — Pare impossibile come si sia potuto negare la esistenza del virus venereo; però molti medici hanno sostenuto questa opinione al principiar di questo secolo; e tra i difensori di questo paradosso reca sorpresa trovare il Signor Jourdan uomo erudito. Però sembra probabile che questo distinto medico abbia abbandonato il suo errore, pericoloso, e che felicemente non à mai trovato molti difensori.

Il virus venereo è proprio della specie umana; Hunter ed il Signor Ricord hanno in vano tentato d'inocolarlo agli animali. Ignoriamo assolutamente le condizioni sotto la influenza delle quali essa si è sviluppata primitivamente. Tutto porta a pensare che à dovuto nascere negli organi genitali, il che spiega la sua facile trasmissione. Il virus sifilitico, simile a tutti i virus, non può essere isolato dal pus o dalla materia puriforme che gli serve di veicolo. Applicato sopra i tessuti, li ulcera o l'infiamma soltanto, dopo alcuni giorni d'incubazione. Durante questo periodo in cui il virus trovasi nello stato latente, gl'individui non possono mai comunicare la malattia della quale ne portano il germe; ma tosto che l'azione venerea è stabilita, cioè dopo che una segrezione morbosa esiste, questa ci trasmette la infezione. Il pus venereo sembra essere sempre identico a se stesso, e gli effetti che produce dipendono probabilmente molto meno dalla maggiore o minore acrimonia o virulenza, e dalla maggiore o minore abbondanza, che dallo stato costituzionale e dalle predisposizioni individuali. Quindi si vede frequentemente, di tre individui che coabitano colla stessa donna infetta; il

primo contrarre uno scolo benigno, il secondo de' cancri, bubboni, mentre il terzo si ritira sano e salvo. In fatti vi sono alcuni privilegiati i quali non sono mai colpiti dal virus venereo; nella maggior parte però, questa immunità è solamente passeggera.

Il veleno sifilitico perciò è uno, la sua natura è sempre la stessa; però può influire in diverso modo su i tessuti ai quali si mette in contatto; quindi per parlare soltanto delle parti genitali, diremo che ora infiamma la mucosa che le riveste, e produce alla loro superficie una segrezione muco-purulenta (blenorragia); altre volte determina sugli stessi tessuti una o molte ulcerazioni specifiche (cancri). Se ne' due casi la malattia differisce pel suo aspetto esterno e per la sua lesione anatomica, crediamo però che vi abbia identità di natura tra queste due affezioni in apparenza distinte; dappoichè trascurandole si vedranno tosto nell'uno e nell'altro caso gli stessi accidenti costituzionali, i quali non possono riconoscere altra causa che la infezione venerea. Ciò che ha indotto in errore molti medici ed ha fatto ammetter loro la esistenza di due virus, l'uno blenorragico, venereo l'altro, o ciò che ha spinto altri autori a fare della blenorragia una semplice affezione infiammatoria, sarebbe la impossibilità che avrebbesi a vedere che l'uno accidente determinasse l'altro; quindi la blenorragia secondo essi, non produrrebbe mai che la blenorragia, ed il cancro un cancro. Questa opinione, abbenchè generalmente vera, è però troppo assoluta; ma ammettendola in tutto ciò che ha di esclusivo, non siamo autorizzati o stabilire una differenza di natura, poichè le due malattie sono capaci a produrre in prosiegua lo stesso ordine di accidenti costituzionali. Quest'ultima circostanza si oppone dunque alle conclusioni che han voluto cavare da' diversi risultati forniti dalla inoculazione del pus, del cancro e del muco-pus blenorragico. Il primo, si è detto, introdotto sotto la mucosa mediante la lancetta, sviluppa un cancro; il secondo non produce nulla. Questo fatto è generalmente vero, ma non assolutamente: perchè, senza parlare delle esperienze di Hunter, diremo che i moderni autori han veduto qualche volta la inoculazione del muco-pus blenorragico produrre un cancro. Non diremo perchè il più delle volte questo fatto non ha luogo. Questa è una bizzarra inesplicabile, che poi definitivamente non è più straordinaria della differenza che esiste sotto il rapporto della inoculazione tra lo stesso sintomo sifilitico, come il cancro, secondo che è primitivo o secondario: quindi il pus fornito dal primo s'inocula quasi sempre, mentre quello che è segregato dal secondo non s'inocula quasi mai. Checchè ne sia, diciamo che d'ora innanzi bisogna rinunciare a questa pratica della inoculazione, consistente nello innesto sullo ammalato della materia

virulenta presa sullo stesso ammalato. La inoculazione praticata nel doppio scopo di provare che la sifilide è virulenta e che tale o tale sintomo è o non è sifilitico, torna inutile; perchè relativamente alla prima quistione osserviamo tutti i giorni tanti fatti che stabiliscono la virulenza delle sifilide, e che torna superfluo ricorrere di bel nuovo ad una dimostrazione sperimentale. La inoculazione è fornita di valore come mezzo per la diagnosi? Rispondiamo negativamente; perchè il Signor Ricord istesso, il più abile ed il più ardente difensore della inoculazione, riconosce che certi accidenti sifilitici non possono più inocularsi o non sono inoculabili, in guisa che ne' casi in cui la inoculazione fallisce, non bisogna concludere che non esiste la sifilide, e quando la inoculazione riproduce il sintomo primitivo che esiste, questo si porta allo esterno con i caratteri specchiali con una fisionomia ed un corso affatto speciali, che fissano l'attenzione del medico sulla natura dell'alterazione che sta osservando; dunque la inoculazione è inutile. Però presenta in oltre gravi inconvenienti, poichè moltiplicando il numero degli accidenti primitivi, accresce le probabilità d'infezione; oltre a che questi accidenti locali, questi cancri che si producono, sono per se stessi una novella malattia che può complicarsi a cangrena, ad ascessi ed a scollamento della pelle. Nel suo stato di semplicità, l'ulcerazione che si determina non guarisce comunemente che col ventisettesimo giorno, e lascia spesso le cicatrici più o meno incommode: ecco perchè ci affrettiamo a dire che la inoculazione del virus venereo è una pratica pericolosa la quale non può essere autorizzata che ne' soli casi eccessivamente rari (1).

Il virus venereo essendo quasi sempre segregato dalle parti genitali, il più delle volte a luogo durante i rapporti sessuali; però il contagio può effettuarsi sulle altre parti quando queste sono accidentalmente in contatto colla materia virulenta. Quindi è che gli accidenti primitivi si osservano frequentemente dalla parte dell'ano e del retto, o nella bocca, nella gola e nelle orecchie, in coloro che hanno avuto de' rapporti contro natura o si sono prestati a certi sregolati desideri. Il pus venereo affetta facilmente la pelle e tutte le mucose accessibili; ma se s'introduce nello stomaco, quivi è digerito e non agisce nè sullo stomaco, nè costituzionalmente. Hunter ha citato a questo riguardo delle concludenti osservazioni; i fatti contrari sono tutti apocrifi.

(1) Consultate un eccellente lavoro del Signor de Castelnau sulla immunità ed i pericoli della inoculazione, Parigi, 1841, come anche la introduzione del Signor Cazenave al suo *Traité des Syphilides*, a partire dalla pag. 77.

DELLA SIFILIDE PRIMITIVA

Gli accidenti che studieremo siccome propri della sifilide primitiva sono: il cancro, la blenorragia, il bubbone, le pustole mucose e le vegetazioni; questi due sintomi però si manifestano spesso come accidenti consecutivi; li studieremo dunque come sintomi intermedi o di passaggio tra la sifilide primitiva e la confermata.

DE' CANCRI PRIMITIVI O ULCERE VENEREE
PRIMITIVE

Chiamansi cancri primitivi o ulcere veneree primitive una soluzione di continuo prodotta sopra una parte qualunque del corpo dal semplice contatto o artificiale inoculazione del pus sifilitico. I cancri primitivi contratti quasi sempre durante l'atto venereo, il più delle volte anno sede, nell'uomo, sul ghiande, presso il frenulo, sulla corona, sul prepuzio, nella fossella navicolare, sulla pelle della verga e dello scroto: nella donna, si osservano specialmente sulla mucosa che riveste l'ingresso delle parti genitali esterne (grandi e piccole labbra, forchetta, origine della vagina); non è raro trovarne su tutta la lunghezza di questo condotto, e qualche volta anche sul collo dello stesso utero. In fine, in alcuni individui dell'uno e dell'altro sesso, si troveranno alcune volte i cancri primitivi su degli organi che sono stati in contatto colle parti affette; tali sono in preferenza l'ano ed il retto ne' pederasti; la bocca, la faringe, in quelli che si abbandonano a' baci lascivi; le mammelle delle nutrici che allattano un fanciullo infetto, ec. ec.

Sviluppo. — Ordinariamente dal terzo all'ottavo giorno che siegue il coito impuro si vede sviluppare il cancro. Hunter cita alcuni fatti dove il periodo d'incubazione à durato sette settimane, ed altri in cui è stato solamente di ventiquattr'ore; i casi però di questo genere sono eccessivamente rari. Il cancro comincia generalmente con un punto rosso leggermente gonfio che di ordinario è la sede di un dolore scottante o pruriginoso: l'epidermide è sollevata da un siero opaco o purulento: tosto si forma al suo centro una ulcerazione che guadagna rapidamente in superficie ed in profondità, ed acquista la estensione di una lenticchia, di una moneta di 50 centesimi ed anche più, perchè invade finalmente la totalità del ghiande e del prepuzio. Spesso esiste un solo cancro ed anche molti; qualche volta il ghiande ed il prepuzio si trovano siccome crivellati, la loro dimensione, in generale, è in ragione inversa del loro

numero; spesso due o tre di queste ulcere si riuniscono co' loro bordi per formare una sola ulcera. La vescichetta e la pustola che costituisce il primo grado o il primo periodo del cancro manca sempre quando la materia virulenta è messa in contatto con una parte dapprima lacerata, escoriata, ulcerata; allora si vede tosto la soluzione di continuo cambiar di aspetto e rivestire tutti i caratteri dell' ulcera venerea. Finalmente quando il cancro si sviluppa sopra un punto dove l'epidermide è più denso che sul prepuzio, per esempio sulla verga o lo scroto, la vescichetta si diseca prontamente, la crosta è d'ordinario portata via dallo strofinio o strappata; poi se ne forma una novella più larga della prima in conseguenza dello ingrandimento rapido della ulcerazione.

Caratteri e corso del cancro. — Qualunque sia il modo dello sviluppo del cancro e la parte sulla quale si sviluppa, stabilito una volta, ordinariamente presenta i seguenti caratteri. È più o meno rotondo; il suo fondo, che giace sul tessuto cellulare, è duro, ineguale, e ricoperto da una cotenna grigiastrea, i suoi bordi, duri, troncati perpendicolarmente o obliquamente, sono spesso dentellati e scollati; la sua circonferenza è rossa bruna o di color di rame, il pus segregato è d'ordinario poco legato, sanguinolento, e tende, spandendosi sulle parti vicine, a produrre novelli cancri.

Sotto questa forma si presentano, forse quarantanove volte su cinquanta, le ulcere veneree primitive. Questi caratteri, esattamente dati da Hunter, han fatto dare a questi cancri il nome di cancri *Hunteriani*. Sono molto distinti, e direi quasi caratteristici, per lo induramento del tessuto che li accompagna; questo induramento, che più tardi si trova su tutta la superficie dell' ulcera ed attorno di essa, è una elasticità particolare; d'ordinario è ben circoscritta, e somiglia molto, siccome lo diceva Bell, alla metà di un pisello secco che sarebbe collocato sotto l' alterazione.

Le ulcerazioni veneree primitive non si presentano però sempre necessariamente con i caratteri precedenti. Gli autori, in fatti han ammesso due altre specie di cancri, che indicano sotto gli epitoli di *semplici* e di *fagedemici*. I primi consistono in una leggiera ulcerazione superficiale senza induramento de' bordi e della superficie, e che non potrebbe esser distinta dalle ulcerazioni o escoriazioni accidentali se non fossero accompagnate il più delle volte da ingorghi ganglionari. Aggiungiamo che essi han un corso lento, e la maggior parte finiscono, sia spontaneamente, sia dopo un errore dietetico o un'applicazione irritante per offrire il colorito grigiastro e lo induramento del fondo e de' bordi. A questa forma bisogna rannodare il *cancro protuberante* (*ulcus elevatum*), nel quale esiste

una specie di gonfiamento o di stato fungoso della superficie ulcerata senza induramento de' bordi e senza dolore. In fine avvi un cancro chiamato *fagedenico* il cui fondo non è mai indurato, ma presenta una specie di detritus bruno o grigiastro come nella putrefazione di ospedale o in certe infiammazioni difteritiche della gola, o pure la sua superficie è bernocoluta, fungosa o saniosa. Il cancro fagedenico presenta piuttosto i bordi edematosi anzi che realmente indurati, ora è indolente, ora è la sede di vivi dolori. Si appella ancora *depascente*, perchè distrugge i tessuti ch'è affetta; quindi è che vedesi il frenulo, il ghiande e per sino il canale dell' uretra lacerati e distrutti in una maggiore o minore estensione. Se l' ulcera non è depascente che in uno de' lati, mentre si cicatrizza nel lato opposto, chiamasi *serpeggiante*. Di frequente osservansi i cancri fagedenici cangrenarsi sopra una parte o su tutta la estensione della loro superficie. Questa mortificazione è di rado lo effetto di un eccesso infiammatorio, ma dipende piuttosto da uno stato costituzionale o da una disposizione inesplicabile della parte ammalata. Il pus formato dal cancro fagedenico è generalmente sieroso, sanguinolento e molto acre; non può essere inoculato come il pus del cancro hunteriano o di un cancro semplice. L' ulcera fagedenica e cangrenosa è spesso primitiva; altre volte succede ad un cancro indurato.

I cancri delle parti genitali sono accompagnati da bubboni novantatre volte su cento (Baumès); quando hanno sede in un certo numero sul prepuzio ed il ghiande, vi determinano un gonfiamento, uno stato infiammatorio che produce spesso una fimosi o la parafimosi. L' uscita della urina può essere impedita quando l' ulceramento, situato verso il meato urinario, determina un gonfiamento delle pareti che oblitera il canale. In fine, esiste spesso una uretrite, una balanite, una postite, le errezioni dolorose, ec.

I cancri degli organi della donna presentano gli stessi caratteri e le stesse varietà di quelli dell' uomo; essi si accompagnano spesso ad estremo gonfiamento, ad infiammazione o edema della vulva, ed a scolo: quelli fagedenici possono perforare e distruggere le grandi e piccole labbra, la forchietta, ec. Quelli che han sede sul collo dell' utero sono raramente dolorosi, ma stabiliscono comunemente quasi tutti gli accidenti che sviluppano le altre ulcerazioni e gl' ingorghi del collo dell' utero.

I cancri, dice il Signor Ricord, a qualunque varietà essi appartengano e qualunque sia la loro sede, hanno due periodi, uno che può chiamarsi *specifico* o di *progresso*; l' altro che è quello di *riparazione*. Il primo comincia al momento in cui la causa agisce, e si prolunga tanto quanto la ulcerazione, sia che si estenda, sia che rimanga stazionaria, dà sempre un pus in

oculabile: questo periodo può durare da uno a quattro settimanari. Il secondo periodo, detto di riparazione, è determinato dalla scomparsa dell'areola, dallo abbassamento de' bordi, i quali acquistano una tinta di un grigio pallido e che si riattaccano; poscia il fondo dell'ulcera si pulisce e si copre di bottoni carnosì; presenta allora i caratteri di una piaga semplice, ed il pus della quale finisce di essere inoculabile. La cicatrice che succede è depressa e bianca nell'ulcera hunteriana, e presenta un fondo indurato; essa è bianca, ineguale, depressa, se l'ulcera è stata fagedenica e cangrenosa.

I cancri possono essere seguiti da molte infermità, come le fistole urinarie, gli stringimenti uretrali, le aderenze del prepuzio, ec.

Diagnosi. — Una superficie grigiastrea, ineguale ed indurata; i bordi duri, rotondi, troncati a picco, messi in paragone colle circostanze commemorative e cogli accidenti concomitanti, caratterizzano ad esuberanza il cancro. Qualche volta però si osservano ulcerazioni di origine venerea le quali non hanno alcuno dei caratteri precedenti e somigliano alle semplici ulcerazioni; in fatti hanno una forma irregolare, e lo induramento che a torto è stato considerato come un carattere costante del cancro, manca affatto; ciò è fatto dire senza ragione, che lo induramento era molto meno inerente alla causa virulenta che allo individuo. Il Signor Ricord considera in oltre, il momento in cui lo induramento è luogo come la prova che il cancro cessa di essere un'affezione locale, ed indica certamente un avvelenamento generale. Crediamo però che i cancri senza induramento (e moltissimi fatti lo provano) possono dar luogo a fenomeni d'infezione consecutiva; sarebbe dunque imprudenza, in pratica, considerare i cancri senza induramento, siccome affezioni sempre puramente locali. In questi soli casi di ulcerazioni semplici si potrebbe concepire l'utilità di una inoculazione artificiale, affinchè, fissato sulla natura della malattia, il medico potesse opporre una cura efficace, e nel caso di sifilide, prevenire coll'amministrazione del mercurio i sintomi consecutivi.

Il cancro, secondo la regione del corpo che occupa, potrebbe essere confuso con moltissime malattie. Quindi abbiamo veduto che poteva simulare l'erpete *prepuziale* e l'erpete della *vulva*, ed abbiamo indicato il modo di poterlo distinguere (vedi t. 1°. l'articolo *Erpete*). Bisogna pur conoscere che l'orificio del condotto escretore della glandola vulvo-vaginale, che le recenti ricerche del Signor Huguier hanno quasi cavato dall'oblio, può ulcerarsi. Allora si vede una piccola cavità infundibuliforme il cui contorno è corrosivo, rosso, e dà uscita ad un liquido puriforme molto abbondante, specialmente se si esercita una pressione sul tragitto del condotto. Un cancro, per i suoi bor-

di tagliati a picco, per la sua superficie gonfia ed indurata, per la materia icorosa che dà sempre in piccola quantità, non potrà esser confuso coll'alterazione che abbiamo descritto, e che sembra comunissima. I cancri della mammella, che anno sede sul capezzolo o sull'areola, potrebbero essere presi per fitteni; però i primi sono rotondi o allungati, spesso indurati o troncati a picco, i gangli ascellari ingorgati, in fine le ulcerazioni analoghe esistono il più delle volte sulle labbra del bambino. I cancri dell'ano, in ragione delle pieghe longitudinali della pelle di questa regione, sono spesso allungati, e potrebbero confondersi con una fenditura; però il fondo grigiastro, i bordi indurati, la loro estensione maggiore, i dolori meno vivi specialmente durante l'atto della defecazione, faranno stabilire la diagnosi differenziale. I cancri del retto saranno conosciuti soltanto collo speculum ani. Quelli che anno sede sulla lingua e sulle labbra presentano i caratteri propri a queste ulcerazioni; essi si associano spesso allo ingorgo de gangli sotto-mascellari: essi non potrebbero essere confusi che colle ulcere mercuriali: però abbiamo precedentemente stabilito il mezzo di distinguere tra esse queste diverse soluzioni di continuo (vedi t. 1. l'articolo *Stomatite mercuriale*).

Pronostico.— I cancri fagedenici, depascenti, serpeggianti sono i più gravi, in ragione dei disordini che producono. Le ulcere cangrenose sono meno pericolose: spesso la cancrena determina l'epoca in cui la malattia cessa di progredire: l'escara caduta lascia ordinariamente allo scoperto una semplice piaga, la quale tende progressivamente verso la guarigione. I cancri indurati sono più gravi di quelli che non sono accompagnati da induramento. In fatti la loro guarigione è più lunga, il che spiegasi perchè gli accidenti consecutivi sono più frequenti dopo questi che dopo i primi, poichè allora à avuto luogo assorbimento ed introduzione nella economia di una maggior quantità di virus.

Cura.— È stato conosciuto da lungo tempo che un cancro poteva essere abortito al suo sviluppo cauterizzandolo o estirpandolo. Questo metodo biasimato da Swédiaur, rigettato dal Signor Lagneau, conta in suo favore la maggior parte de' pratici, specialmente dopo che Hunter, i Signori Ribes, Ricord e Baumés lo hanno raccomandato. La cauterizzazione col nitrato di argento si preferisce alla estirpazione, perchè la piaga che à luogo dopo di questa riveste spesso i caratteri del cancro, e non deriva affatto dallo avvelenamento. Bisognerà cauterizzare distintamente tutti i cancri che si sviluppano, e qualunque sia la loro forma. Il Signor Ricord sostiene che non esistono osservazioni autentiche di ulcere le quali distrutte prima di cinque giorni che succedono al coito infettante, abbiano dato poi luogo ai

sintomi secondari. La cauterizzazione non determina alcuno degli accidenti che le si attribuiscono; ed è specialmente provato che non favorisce affatto lo sviluppo de' bubboni.

Quindi se si vedrà, dopo un coito *sospetto*, svilupparsi sulle parti genitali un punto vescicolare o pustoloso, bisognerà, senza perdita di tempo per stabilire una rigorosa diagnosi, ferire il piccolo tumore, e cauterizzare profondamente con un lapis di nitrato di argento; poi si laverà spesso la parte coll'acqua fresca o di altea con una piccola quantità di estratto di saturno, o pure si applicherà un cuscinetto di filaccica fina ed asciutta, che si lascia per lo spazio di dodici o ventiquattr'ore. Se l'ulcera è stabilita, si cauterizzerà la sua superficie, non per farla abortire, ma nello scopo di abbreviarne la durata modificando la sua vitalità. Quando il virus impegnato in un follicolo vi à prodotto uno induramento o un piccolo ascesso la cui apertura sarà tosto seguita da un'ulcera, bisogna estirpare o incidere il tumore e cauterizzare in seguito profondamente. Nei due casi, se il cancro, quantunque cauterizzato una prima volta, continua il suo corso, bisognerà rinnovare la stessa cauterizzazione due o tre volte e più, sino a tanto che l'ulcera perde i suoi caratteri specifici a meno che i sintomi infiammatori non si manifestino. Il Signor Ricord vuole che i cancri siano pure distrutti quando sono accompagnati ad un induramento considerabile de' tessuti; ma siccome in questi casi il nitrato di argento non può agire molto profondamente, l'abile chirurgo applica un pezzetto di potassa caustica, o anche meglio la pasta di Vienna, purchè però il cancro non abbia sede sopra il prepuzio già colpito da fimosi: perchè questo si farebbe più grave a causa del gonfiamento spesso considerabile che à luogo dietro l'applicazione del caustico. Questa pratica può essere efficace, ma ci sembra troppo attiva, e crediamo più spediente, nei casi di cancri semplici o hunteriani, ricorrere a mezzi molto meno violenti e meno spaventevoli. Quindi, se le ulcerazioni non saranno infiammate di troppo, si laveranno molte volte al giorno col vino aromatico (*formola del Codex*), e la sua superficie sarà coverta da un piccolo cuscinetto di filaccica fina, *leggermente* bagnata collo stesso liquido. Se la suppurazione è ancora abbondante, il signor Ricord sostituisce il vino aromatico da una decozione vinosa di polvere di concia. Il signor Baumès preferisce una soluzione vinosa di zucchero candito (4 gramme in 30 gramme di vino). Questi liquidi convengono ancora ne' casi in cui le ulcerazioni sono dolorose, purchè però vi si aggiunga l'oppio (40 o 50 centigramme in 32 gramme di veicolo). Ciò non pertanto bisognerebbe sostituire i topici aromatici ed astringenti dagli emollienti, come l'acqua di altea e di teste di papavero, o da una soluzione di estratto gom-

moso di oppio (10 centigramme in 36 gramme di acqua), se la superficie dell'ulcera fosse secca, dolorosa e molto infiammata, in simile caso, i corpi grassi sono nocevoli. Essendo calmata la irritazione si ritorna di bel nuovo all'uso del vino aromatico, e quando la cicatrizzazione succede si regolarizza reprimendo i bottoni carnosì esuberanti col nitrato di argento. Le medicature che abbiamo raccomandate saranno rinnovate in ogni dodici ore. Nella maggior parte de' cancri che hanno sede verso il frenulo, gli ammalati sono obbligati, in ogni medicatura, di tirare il prepuzio in dietro, il che produce spesso, non ostante qualunque precauzione, delle stirature dolorose. Quest'inconveniente hanno ispirato al Signor Baumés una cura sulla cui efficacia la esperienza non ancora si è abbastanza pronunziata. In questi casi, il chirurgo di Lione proibisce di trarre il prepuzio in dietro, e si limita, in ogni medicatura, ad iniettare, quattro a cinque volte al giorno, tra il ghiande ed il prepuzio, una soluzione di nitrato di argento (da 5 a 15 decigramme e più in 30 gramme di acqua distillata). Questo metodo gli è sembrato molto efficace contro i cancri indurati ed infiammati. Vuole che nello intervallo delle iniezioni la verga sia mantenuta rialzata, e circondata da un cataplasma emolliente spruzzato di laudano: questa pratica merita di essere sperimentata. Aggiungiamo però col signor Baumés che esse non convengono ne' casi di cancro fagedenico, ed ogni qual volta conviene seguire il corso depasciente dell'ulcera. Questi cancri fagedenici richieggono una profonda cauterizzazione; qualche volta bisogna ripeterla due volte al giorno; si trattano pure col vino aromatico. Però quando la infiammazione è viva, bisognerà precedentemente ricorrere agli emollienti, a' bagni, a' cataplasmi di fecola, alle sanguisughe in lontananza dell'ulcera, e mai sulla stessa, siccome alcuni lo hanno consigliato, ma sulle parti vicine. La forza del polso e della costituzione potrà pure richiedere l'apertura della vena; in fine bisognerà volgere tutte le mire a combattere le complicanze, perchè distruggendole si modifica spesso lo aspetto della ulcerazione.

Vi sono de' cancri eccessivamente dolorosi, senza però essere infiammati. Se lo esaltamento della sensibilità sembrasse dipendere da uno stato particolare della superficie, non bisognerebbe esitare o modificarne la vitalità mediante una profonda cauterizzazione: questo mezzo è più efficace e solleva molto più rapidamente de' topici narcotici, a' quali si è ricorso il più delle volte.

Vi sono però de' cancri ostinati i quali, resistendo a tutte le cure già indicate, continuano ad estendersi di lungi. Il Signor Ricord vuole che in questi casi si applichi sulla ulcerazione un vescicante, o pure spalmarla colla polvere delle cantaridi,

e dopo ventiquattr' ore far ritorno al vino aromatico: con questi mezzi la superficie suppurante non tarderebbe a pulirsi. In fine, se questa cura rimane ancora priva di effetti, il Signor Ricord, propone il caustico di Vienna. Felicemente però, è cosa rara che la malattia resista con tanta ostinazione. D'altronde in questi casi di ulcerazioni sì ribelli, bisognerebbe prima di ricorrere a questi mezzi violenti, sollecitare una cura specifica: quindi i cancri saranno curati colla pomata mercuriale o colla polvere di calomelano, ed internamente si amministrerà il sublimato in pillole o sciolto (vedi più sotto). La cura mercuriale sarà pure efficacissima per combattere gl' induramenti, i quali spesso resistono dopo la cicatrizzazione de' cancri. Oltre a che, il Signor Ricord, il quale non verrà accusato siccome capace di abusare de' mercuriali nella cura delle malattie veneree, riconosce che il mercurio è l'agente maggiore e più sicuro per trionfare dei cancri indurati che non possono cicatrizzarsi, o dello induramento che persiste dopo che la cicatrizzazione è completa. Crediamo in oltre che, qualunque possa essere il corso del cancro, i mercuriali debbono sempre amministrarsi o come mezzi curativi dell' ulcera, o come compimento della cura per impedire gli accidenti consecutivi. La durata della cura mercuriale sarà misurata, secondo il Signor Ricord, non sulla maggiore o minore rapidità della cicatrizzazione del cancro, ma sulla scomparsa più o meno pronta dello induramento. Son persuaso che la pratica ch'io sto raccomandando è oggi biasimata da molti autori, ma la credo buona ed è consigliata dalla prudenza. Dopo Hunter, i cancri si considerano come una malattia dapprima puramente locale, ed è forse un torto; poichè chi potrebbe assicurare che la malattia non abbia potuto aver luogo durante la incubazione, cioè dopo la inoculazione del virus sino al momento in cui la vescichetta o lo induramento incominciano? Questo induramento, il quale è uno de' caratteri sì specchiati del cancro, spesso è molto: in fatti esso è qualche volta cartilagineo, e siccome in alcuni casi è ostinatissimo, bisogna possedere alcuni mezzi atti a combatterlo. Citeremo come utili, dopo la cura mercuriale, le unzioni colle pomate di ioduro, le levande con una decozione di scorza di quercia o con una soluzione d'idroclorato di ammoniaca (16 gramme in 30 gramme di acqua); in fine la compressione, ogni qual volta la disposizione delle parti ne permetterà la facile applicazione.

Abbiamo detto che i cancri danno luogo spesso alla fimosi pel gonfiamento che determinano, e ad una parafimosi quando il prepuzio, gonfiato e stretto, è ridotto dietro il ghiande che strozza. In quest' ultimo caso si cerca di ridurre il ghiande; se sia possibile si sbriglia l'anello dell' prepuzio. Se esiste una fimosi e se il gonfiamento è mediocre, si limiterà l'uso degli e-

mollienti e degli antiflogistici: ma se i cancri sono fagedenici, se il prepuzio, disteso dal gonfiamento del ghiande, dal prodotto delle vegetazioni, minaccia di cadere nella gangrena, bisogna sollecitare di fenderlo longitudinalmente per mettere le parti allo scoperto. Se il prepuzio è lungo, ed i cancri hanno sede al suo orificio, si potrebbe anche operare la circoncisione. In fine quando i cancri cicatrizzati lasciano l'apertura prepuziale stretta e dura, si ridonerà la sua cedevolezza mediante le lozioni emollienti e le frizioni mercuriali. I cancri fagedenici, serpeggianti producono spesso larghi scollamenti della pelle; se questa è assottigliata ed azzurrognola, bisogna estirparla. In fine si vedgono frequentemente i cancri perforare il frenulo. In questi casi, si consiglia di troncarlo ed estirpare i lembi, poi si cauterizza la superficie; questa pratica affretta di molto la guarigione.

Tutto ciò che abbiamo detto precedentemente si applica a tutti i cancri, qualunque sia la regione sulla quale essi si sviluppino. Aggiungiamo però che quando l'ulcerazione occupa l'orificio del canale, bisogna introdurre uno stuello per impedire il contatto delle labbra del meato, purchè gli ammalati potessero sopportarlo. Se il cancro occupa l'interno della vagina o il collo, bisogna in ciascuna medicatura metterlo allo scoperto mediante lo speculum per cauterizzarlo ed applicare alla sua superficie i topici ordinari. Per i cancri del retto, bisogna raccomandare una polizia estrema, e facilitare i luoghi comodi colle lavande.

DELLA BLENORRAGIA

Sinonimia. — Gonorrea, *chaudepisse*, uretrite, nell'uomo; vaginite, o uretro-vaginite, nella donna, ec.

La parola blenorragia, usata da Swédiaur, serve ad indicare oggi giorno tutti gli scoli mucosi o puriformi che hanno luogo alla superficie dell'uretra, del prepuzio nell'uomo e della vagina nella donna. Questi scoli, raramente spontanei, sono quasi sempre prodotti dall'azione del virus sifilitico o dall'applicazione di qualunque altra materia irritante.

Divisioni. — Nello studio della blenorragia, bisogna stabilire molte importanti divisioni: quindi la malattia deve essere distinta in virulenta e non virulenta, in acuta e cronica; in fine, dovrà essere studiata separatamente nell'uomo e nella donna, in ragione delle differenze capitali che presenta ne' due sessi, avuto riguardo alla sua sede, a' suoi sintomi, al suo corso ed alle sue complicate.

Storia. — Qualunque possa essere l'opinione adottata sulla origine della sifilide, non può rinvocarsi in dubbio che alcuni

scoli sono esistiti sin dalla più remota antichità. Le precise indicazioni che trovansi su questo soggetto nel *Levitico* di Mosè non lasciano alcun dubbio sulla esistenza di questa malattia presso i giudei, e dalle precauzioni prescritte dal gran legislatore di questo popolo, bisogna concludere che gli scoli uretrali erano allora *contagiosi*. Malgrado ciò gli autori, i quali, con Ovide ed Astruc, attribuiscono alla sifilide una origine americana, han veduto in questi scoli una semplice affezion catarrale, e non hanno stabilito lo sviluppo della blenorragia virulenta se non che nel 1540 e anche nel 1555, cioè quarant'anni dopo l'epoca che assegnano alla invasione della sifilide. Accennata allora da Brassavole (1551) da Fernel 1555) e da Falloppio (1560), considerata di tempo in tempo come un sintomo della sifilide; da altri come lo effetto di un virus speciale, da molti come una infiammazione semplice della mucosa, occupa un posto importante in tutti i trattati de' sifiliografi; nessuno però a meglio parlato di Swédiaur ed Hunter. Le pagini che hanno consacrato allo studio di questa malattia sono i midolli di esattezza; aggiugnendovi la lettura degl'importanti lavori de' signori Lagneau, Ricord, Gibert e Baumès, si avrà il compimento di tutto ciò che si conosce di positivo nella storia della blenorragia.

DELLA BLENORRAGIA ACUTA NELL' UOMO

Caratteri anatomici. — Le ricerche cadaveriche praticate dopo Morgagni hanno provato che nella blenorragia acuta dell'uomo, la membrana mucosa del canale dell'uretra è, nella totalità e più spesso ancora in una parte della sua estensione, iniettata, rossa, azzurrognola, o brunastra, spessita di tratto in tratto e friabile. I follicoli mucosi sono pure iniettati, indurati ed i seni di Morgagni rossi ora ingranditi, più spesso ristretti obliterali o anche distrutti. In alcuni però, la flemmasia è stata talmente superficiale che lascia appena dopo la morte le tracce della sua esistenza. Allora la mucosa soltanto si trova un poco umida o più arida; altre volte, al contrario, la infiammazione essendo più intensa, e propagata a' tessuti sottostanti, esistono i noccioli d'induramento i quali qualche volta non formano alcuna protuberanza nell'uretra che poi si sentono allo esterno di questo canale. Questi induramenti sono di molte specie; gli uni dipendono unicamente dallo spessimento della mucosa; la maggior parte sono lo effetto dello ingorgo del tessuto cellulare sottostante: questo ingorgo guadagna qualche volta l'uretra intiera e può propagarsi agli stessi corpi cavernosi. Tutti i medici hanno riconosciuto oggi che nella uretrite acuta, la membrana mucosa dell'uretra era raramente ulcerata o escoriata; molte volte pe-

rò si è osservato una o molte ulcere, sia che queste fossero unicamente lo effetto del lavoro infiammatorio (cosa rarissima) sia piuttosto che fossero lo effetto dell'azione specifica del virus. In fatti vedremo più tardi che il pus del cancro inoculato nell'uretra produce in questo canale ulcerazioni identiche a quelle che lo stesso virus determina sulla pelle e sulle altre mucose; quest'alterazione non si distingue il più delle volte durante la vita che per i sintomi ordinari della uretrite acuta.

In quelli che periscono con una blenorragia, si possono trovare diverse alterazioni ordinariamente di natura infiammatoria nella prostata, nella vescica, nelle vescichette seminali, nei testicoli ec. Ne parleremo trattando delle complicazioni.

Sede. — Le ricerche cadaveriche, e lo studio de' sintomi in particolare, hanno dimostrato che, nella maggioranza de' casi la blenorragia occupa la fossa navicolare, parte la quale è stata sottoposta all'azione della causa virulenta. La flemmasia può rimanervi circoscritta per molto tempo, per esempio per molti mesi; per poco però che la uretrite sia intensa e che si prolunghi, la infiammazione si propaga ad una minore o maggiore profondità, come 6 o 10 centimetri; frequentemente però invade anche le porzioni bulbosa e prostatica. Avvi un'altra varietà di blenorragia estranea all'uretra, nella quale la infiammazione occupa esclusivamente, sia il ghiande (balanite), sia il prepuzio (postite), s'indica comunemente sotto il nome di *blenorragia fulsa* o *spuria*, e non differisce dalla uretrite che pel luogo che occupa.

Sintomi. — Quando la blenorragia è virulenta, si manifesta comunemente tra quattro o otto giorni dopo il coito. Alcuni autori degni di fede, e specialmente G. Hunter, citano dei casi in cui l'incubazione avrebbe durato un mese ed anche sei settimane. Altre volte, i primi sintomi della uretrite si sarebbero manifestati un giorno, e qualche volta anche poche ore dopo il coito. Si dice che in certi casi la blenorragia è raramente di natura venerea, ma che risulta sempre dal semplice contatto di una materia acre e non virulenta. Checchè ne sia, il primo sintomo che fissa l'attenzione degli ammalati è un prurito che provano specialmente durante la emissione delle ultime gocce dell'urina. Il prurito à sede all'orificio dell'uretra e si propaga qualche volta a tutta la superficie del ghiande: le labbra dell'orificio uretrale sono rosse, alquanto tumefatte, unite tra loro, ora aride e lucide, più spesso umide. Premendo in questo caso al di sotto del ghiande, da dietro in avanti, si determina l'uscita di una goccia di materia biancastra, più o meno densa e vischiosa. Però il prurito, che per alcuni ammalati costituisce una piacevole sensazione, e provoca le erezioni, i sogni lascivi ed una grande tendenza a' piaceri venerei, non tar-

da a convertirsi in un vero dolore cocente che si concentra nella fossa navicolare, e non è avvertito dagli ammalati se non che durante la emissione dell'urina. Il ghiande è allora tumefatto; la sua superficie è tesa, levigata, di un rosso che si avvicina al colorito della ciriegia (G Hunter); essa è spesso come escoriata, e segrega una materia puriforme. Quando la uretrite è acutissima, tutta la verga è gonfia ed in uno stato di semi erezione; il passaggio della urina produce in una parte o in tutta la lunghezza del canale dell'uretra una sensazione di calore, di cuocere e qualche volta di scottatura, che dura per un tempo più o meno lungo, il che fa sì che molti ammalati resistono al bisogno di urinare per quanto più possono. Il getto dell'urina è sempre meno grosso del solito, e dipende dallo stringimento del canale, prodotto dallo ingorgo generale della verga; dal gonfiamento della mucosa e dalla contrazion spasmodica del canale. In fine, siccome l'osserva Hunter, indipendentemente da queste modifiche materiali, il timore dello ammalato mentre urina contribuiscono a diminuire la grossezza del getto; in oltre questo è spezzato, si sparpaglia uscendo, e ciò deriva dall'alterazione di forma che il canale à provato. La pressione esercitata sull'uretra in generale è dolorosa, specialmente verso la fossa navicolare, e spesso anche al perineo. Il canale è più o meno teso, e spesso si sentono sul suo tragitto piccoli tumori che Hunter à veduto acquistar qualche volta il volume di una noce. I dolori generalmente poco vivi, e qualche volta negativi, nello intervallo della emissione dell'urina, possono farsi atroci quando questo liquido attraversa il canale: alcuni ammalati mandano gridi e si rattrovano in una estrema agitazione. Il dolore non solo occupa allora tutta la estensione dell'uretra, ma riverbera nei testicoli, negl'inguini, nelle cosce, allo ipogastrio e sin ne' reni. Le crisi che indicano ciascuna emissione urinaria sono spesso ravvicinatissime; ciò osservasi quando la vescica infiammata, o solamente sopraeccitata, e non potendo lasciarsi distendere si contrae tosto che contiene una piccola quantità di urina. Gli ammalati sono in oltre tormentati, specialmente durante la notte, da violenti erezioni e continue, e che giungono quasi sino al priapismo in alcuni. Queste erezioni aumentano sempre i patemi, ma si fanno intollerabili, quando l'uretra, non potendo più seguire il distendimento de' corpi cavernosi, in conseguenza del suo gonfiamento ed induramento, forma una corda che tira la verga e la ricurva in basso o sopra uno de' lati; si dice allora che la blenorragia è *cordata*.

Nella blenorragia, qualunque sia d'altronde la sua intensità, esiste sempre uno scolo la cui abbondanza e le qualità variano di molto. Allo sviluppo, è un fluido biancastro e di aspetto mucoso, o pure sieroso, e qualche volta sero-sanguinolento.

to. A misura che la infiammazione si aumenta, la materia dello scolo è densa, biancastra, gialla, insipida o fetida; somiglia piuttosto al pus che al muco; qualche volta è talmente irritante che infiamma ed escoria le parti che tocca, come il prepuzio, la verga e la parte interna delle cosce. La quantità del muco-pus escreata varia secondo le epoche della malattia; quindi allo sviluppo, avvi semplicemente un leggiero gemitio o alcune gocciolate che la pressione praticata da dietro in avanti fa uscire; più tardi, cioè dal sesto al decimo giorno, la quantità del fluido esalato addivene considerabile. La maggior parte degli ammalati sono allora obbligati di avvolgersi coi panni, ed a quest'epoca lo scolo presenta le variazioni del colorito bianco, giallo, verde, delle quali abbiamo parlato. I due ultimi coloriti non indicano sempre che la flemmasia è più intensa; in fatti si osservano nelle uretriti benignissime; però sembra piuttosto risultare, siccome lo pensava Hunter, dal miscuglio col muco-pus di una quantità variabile di sangue esalato nel canale. Questo sangue esce qualche volta puro: per lo più è in poca quantità, mentre altra volta, specialmente in certe blenorragie cordate, cola in tale abbondanza da costituire una vera emorragia. Questo accidente, sebbene mai grave, dipende spesso da una corrosione o lacerazione del canale. La quantità dello scolo è generalmente proporzionata alla intensità della flemmasia; pur tuttavia non è raro vedere uretriti lentissime produrre uno scolo talmente poco abbondante che alcuni medici le hanno chiamate secche. Si citano casi di blenorragie violentissime e cordate, quasi senza alcuna traccia di scolo, cioè che si vedono allora alcune gocce di liquido scappar via di tempo, in tempo ed in modo accidentale dall'uretra, quando questo si preme alquanto fortemente; è cosa comune però vedere lo scolo addivenire di più in più abbondante a misura che la flemmasia diminuisce d'intensità.

Nella uretrite benigna gli ammalati possono conservare tutte le apparenze della salute ed attendere a' loro lavori; se poi la infiammazione è viva, può esistere la febbre, o almeno un grande mal'essere, inappetenza e veglia. La febbre d'altronde è sempre poco intensa, ed allora salassando gli ammalati, di rado il sangue è coenoso (Hunter),

Corso e durata. — Lo stato acuto può aumentare o rimanere stazionario per una, due, tre o quattro settimane; poi i sintomi diminuiscono; le erezioni sono meno frequenti, meno penose; i dolori, urinando, diminuiscono gradatamente, e tosto costituiscono un semplice calore o cuoicore sopportabile e che spesso si avverte solamente al principiare o al finir della escrezione urinaria. Lo scolo diminuisce per l'abbondanza; è bianco, denso; tosto consiste in una semplice mucosità vischiosa che unisce tra loro le labbra del meato; finalmente la segreziono

morbosa si estingue completamente ad un'epoca variabile. Può dirsi però che di rado lo scolo blenorragico finisce prima di tre, quattro o sei settimane; spesso si prolunga per lo spazio di due tre, sei mesi, un anno, molti anni. La malattia è allora passata allo stato cronico, e viene indicata sotto il nome di *blenorrea*; ne parleremo in prosieguo.

L'uretrite acuta può presentare in oltre nel suo corso grandi irregolarità; quindi è che la malattia si vede aggravarsi dalla mattina alla sera, e mitigarsi secondo che gli ammalati si stancano, commettono alcuni eccessi, o rimangono nel riposo ed osservano una severa dieta. Altre volte, invece di diminuire progressivamente, la blenorragia è arrestata ad un tratto, troncata dalla invasione di una malattia intercorrente, che determina un forte rivellente sopra una delle superficie de' tegumenti; tali sono le febbri eruttive, e certe febbri intermittenti le quali si risolvono con copiosi sudori. La malattia può guarire spontaneamente col riposo.

Ricadute e recidive. — Gli ammalati guariti da una blenorragia vanno spesso soggetti alle ricadute dipendenti il più delle volte da qualche eccesso della tavola, e spacialmente dal riprendere troppo presto i rapporti del sesso. La guarigione addiventa completa; sembra provato, contro la opinione di Hunter, che gl'individui sono tanto più disposti a contrarre novelle blenorragie, in quanto che ne sono stati più volte colpiti. Questi, la maggior parte, credono che la prima blenorragia sviluppa tutte quelle che prendono nel corso della loro vita, quantunque molti anni di perfetta salute siano scorsi. Torna superfluo escludere un simile errore, che però non bisognerà combattere tanto spesso in presenza degli ammalati, per non turbare il loro riposo e distruggere le loro illusioni sulla fedeltà delle donne colle quali hanno avuto i loro ultimi rapporti. Una circostanza degna di attenzione, e che non debbo trascurare in questo luogo, si è quella che un individuo convalescente di una blenorragia, il quale contrarrà facilmente un novello scolo, se coabita con una donna ammalata, potrà, dicono, avere impunemente de' rapporti con quella che lo à recentemente contagiato, quantunque non ancora guarita. Se poi quest'uomo lascia le sue relazioni per riprenderle molti mesi dopo, avrà ordinariamente perduto la immunità della quale godeva, ed andrà soggetto ad una novella blenorragia tanto facilmente quanto la prima volta.

Complicazioni. — Il corso della blenorragia può essere attraversato da moltissime complicazioni che bisogna conoscere: faremo menzione in questo luogo di quelle che risultano dalla stessa malattia; desse sono: 1.^o la infiammazione della prostata, della vescica e de' reni; 2.^o la infiammazione de' testicoli:

3.° quella de' vasi degli organi genitali: 4.° la infiammazione di diverse mucose: 5.° i dolori articolari.

1.° *Infiammazione della prostata, della vescica e de' reni.* Quando la infiammazione dell' uretra guadagna la prostata, gli ammalati accusano un peso al perineo ed all' ano; provano frequenti bisogni di andar del corpo; urinano a stento, spesso non possono mandar via l' urina, non ostante tutti gli sforzi: la sonda introdotta nell' uretra non può passare la porzion prostatica di questo canale; in fine il dito introdotto nell' ano fa distinguere l' aumento di volume della prostata. Questa flemmasia termina quasi sempre colla risoluzione; qualche volta però si è veduta seguita da ascessi. Si conoscerà che la infiammazione guadagna la vescica da' dolori ipogastrici, dal tenesmo, dalla disuria, da' continui bisogni di urinare, che tormentano gli ammalati. La infiammazione si vede rarissimamente propagarsi ai reni; questa complicanza verrà diagnosticata dal dolore de' lombi, che aumentano colla pressione, come anche per le modificazioni avvenute nella quantità e nella qualità delle urine (vedi *Nefrite*, t. 1.°). In tutti i casi bisogna evitare di prendere per segni di nefrite i dolori lombari, comunissimi ne' casi di blenorragia, e che sono lo effetto simpatico della malattia soltanto.

2.° *Infiammazione de' testicoli o orchite.* — Frequentemente nel corso della blenorragia à luogo un gonfiamento infiammatorio del testicolo: questo accidente è volgarmente indicato sotto il nome di *blenorragia caduta nella borsa*. Il più delle volte si osserva nel corso degli scoli che contano tre, quattro, cinque o sei settimane, che per conseguenza sono diminuiti, e sono appena visibili. La costipazione, le violenze esterne, il corso, e specialmente la mancanza di un buon sospensorio, sono le cause che provocano il più delle volte la complicazione di cui è parola. Questa è più comune quando la infiammazione guadagna le parti profonde dell' uretra. Il Signor Ricord à trovato che il testicolo sinistro era più soggetto del destro. La infiammazione si propaga dall' uretra al testicolo, ora simpaticamente, altra volta si propaga di punto in punto, ed allora i tessuti intermedi s' ingorgano: non sembra che in alcun caso il testicolo sia affetto per ripercussione o per metastasi. L' epididimo è la parte dell' organo il primo ad essere colpito; spesso la flemmasia resta limitata in questo punto. In generale, un sol lato è affetto; alcune volte i due lo sono simultaneamente o successivamente; di rado però la malattia passa bruscamente da un lato all' altro: d'altronde ciò non si sviluppa simpaticamente. Il corpo del testicolo partecipa raramente, o almeno partecipa appena al gonfiamento. In fatti il tumore voluminoso che trovasi nelle borse, e che molte persone considerano ancora a' giorni nostri siccome formato dal testicolo, è costituito specialmente da

un versamento sieroso o sero-sanguinolento nella tunica vaginale, siccome lo dimostrano la fluttuazione e la trasparenza più o meno perfetta che esiste alla parte anteriore del tumore. Il versamento di cui trattasi è sempre luogo prontamente. Nella epididimite blenorragica, lo scolo diminuisce ordinariamente per la quantità, senza però essere completamente soppressa, il che si spiega per la forte rivulsione che la novella flemmasia determina. La complicazione di cui è parola, il più delle volte si accompagna a dolori vivi, qualche volta atroci, che si propagano ne lombi; si possono anche osservare i singhiozzi, i vomiti e la maggior parte de' fenomeni simpatici degli strozzamenti erniari. La febbre è allora vivissima. Gli accidenti sono violenti, specialmente quando la infiammazione s'impadronisce di un testicolo che non ancora è passato intieramente l'anello inguinale, o è ancora rinchiuso nell'addome. Il Signor Ricord sembra che abbia osservato due casi di questo genere. La malattia termina quasi sempre colla risoluzione: questa è luogo dapprima nella tunica vaginale, il cui versamento si assorbe; il corpo del testicolo riprende in seguito il suo volume. Da ultimo l'epididimo ritorna lentamente al suo stato normale; quest'organo rimane qualche volta indurato. La infiammazione può anche terminare colla suppurazione; questo caso però è rarissimo, a meno che non abbia luogo la degenerazione tubercolosa de' testicoli.

3.° *Infiammazione vescicolare del pene e dell'atmosfera genitale.* Qualche volta si manifestano sul dorso del pene delle linee rossastre pieghevoli, o pure un cordone duro, nodoso, doloroso, con edema del prepuzio e del ghiande: è dessa una linfoite che non pare essere mai grave. I gangli inguinali addiventano frequentemente dolorosi; sono gonfi alcun poco, ma di rado si osservano veri bubboni; quando si formano, suppurano raramente. Però non bisogna dimenticare che alcune volte la blenorragia è sintomatica di un'ulcera del capale; in questo caso si veggono frequentemente i gangli inguinali gonfiarsi e suppurare.

4.° *Infiammazione di diverse membrane mucose.* L'oftalmia è una delle complicanze più gravi della blenorragia; si osserva specialmente durante l'inverno e ne' tempi umidi. La infiammazione della congiuntiva sembra svilupparsi qualche volta spontaneamente; quasi sempre però è prodotta da una inoculazione diretta, quando, per esempio, gli ammalati malpropri si strofinano gli occhi colle mani sporche della materia virulenta: questo accidente si osserva soltanto negli uomini. I due occhi possono essere isolatamente colpiti o simultaneamente, o pure l'un dopo l'altro. Questa specie di oftalmite è molto distinta in ragione della intensità degli accidenti e della rapidità del loro

corso. I dolori sono atroci: la mucosa è gonfia, rossa, e forma una ecchimosi voluminosa: la congiuntiva e le palpebre segregano un muco-pus giallo, verdastro abbondante, e più o meno analogo a quello dell'uretra: avvi febbre. In ventiquattro, trentasei o quarantott'ore, l'occhio può essere definitivamente perduto in seguito della opacità della cornea, o intieramente distrutto quando la cornea ammolita si fora, o quando l'infiammazione ha invaso tutte le membrane dell'occhio e le ha confuse.

Alcune altre membrane, specialmente la pituitaria e la membrana del condotto uditorio, possono, si dice, essere colpite dallo stesso scolo blenorragico della congiuntiva: purtuttavia non possediamo ancora alcuno schiarimento preciso a questo riguardo. Però non è raro vedere la mucosa del retto essere la sede di uno scolo simile a quello dell'uretra negli individui sodomizzati: il liquido virulento che scappa qualche volta dalle parti genitali, bagnando il margine dell'ano (cosa comune nella donna), può stabilire in questo punto una infiammazione con segrezione di uno scolo blenorroico.

5.° *Arterite*. — Le arteriti si manifestano qualche volta nel corso della blenorragia; questo accidente è stato studiato in questi ultimi tempi con perfezione dal dottor Foucart, nel *Journal de médecine de Bordeaux* (1846). Le ginocchia, i piedi, i gomiti ed il pugno sono le articolazioni affette il più delle volte. Le prime lo sono più frequentemente di tutte le altre. Quindi su dieciannove casi di arteriti blenorragiche analizzate dal Signor Foucart, si vede che le ginocchia sono state colpite quattordici volte. La complicazione di cui parliamo è qualche volta spontanea; ma è specialmente determinata dalla impressione del freddo umido, dalla fatica e dal cammino. Torna difficile spiegar in che modo agisce l'uretrite per determinare gli accidenti articolari: la dottrina della metastasi professata da Swédiaur, non può applicarsi in tutti i casi, poichè la malattia articolare non è, nel maggior numero, preceduta dalla diminuzione dello scolo. Checchè ne sia, questi gonfiamenti articolari differiscono dal reumatismo ordinario per la loro poca mobilità; in generale, la malattia è circoscritta ad una o due articolazioni; ed allora siegue il corso proprio del reumatismo fisso. (vedi in seguito l'articolo *Reumatismo*).

Accidenti consecutivi. — La blenorragia può lasciar dietro di se diverse infermità; le principali sono: restringimenti uretrali, ipertrofia della prostata, cistite cronica, ingorgo de' testicoli o atrofia di questi organi, perdite seminali, o impotenza, quando per esempio, l'orificio de' condotti eiaculatori è ostrutto, obliterato in seguito di qualche ciecitrice, o quando, diretto in dietro, lo sperma si trova spinto nella vescica, invece di seguire la direzione del canale (vedi *Spermatorrea*). Fi-

nalmente, diversi accidenti di sifilide costituzionale, si manifestano in seguito di molte blenorragie.

*Delle diverse specie di blenorragie nell' uomo
o della loro diagnosi differenziale.*

Tutti gli scoli blenorragici dell' uomo non hanno una origine virulenta e non si manifestano sempre dopo il coito. In fatti avviene di quelli i quali sembrano affatto spontanei, e si sviluppano senza che alcuna causa irritante abbia manifestamente agito sull' uretra. Questi scoli si ligano allora ad uno stato generale o sono sintomatici del patema di un' organo più o meno lontano. Quindi è che hanno veduto l' uretra addivenir la sede di un flusso mucoso o puriforme durante il travaglio della dentizione, e più spesso negli adulti colpiti da reumatismo, da podagra, da dissenteria, o che presentano segni d' infiammazione per parte di alcune altre membrane mucose. Queste specie di blenorragie catarrali hanno regnato qualche volta epidemicamente. Altre volte la blenorragia riconosce una causa tutta meccanica: quindi è che la introduzione della sonda nell' uretra, le manovre della manustubrazione, le contusioni dell' uretra, e gli eccessi del coito hanno qualche volta infiammato il canale e provocato uno scolo mucoso e puriforme. La introduzione di certe sostanze sembra aver prodotto qualche volta lo stesso effetto negli individui predisposti: quindi sembra costante che gli uomini hanno sofferto le blenorragie per aver bevuto abbondantemente certe specie di birra. Conveniamo però che i fatti di questo genere sono eccessivamente rari. Le cause che abbiamo enumerate non determinano certamente la millesima parte delle blenorragie che si osservano. Nella quasi totalità de' casi, questa malattia si contrae nella unione sessuale, e per conseguenza dal contatto dell' uretra con una materia morbosa esalata dagli organi genitali della donna. Si parla d' individui i quali sarebbero disgraziatamente organizzati in modo da contrarre le blenorragie più o meno infiammatorie ogni qual volta hanno de' rapporti sessuali con donne che hanno le loro regole o che sono affette da scoli leucorroici semplici e niente affatto sifilitici. La blenorragia si spiegherebbe in questo caso per le proprietà irritanti del fluido messo in contatto coll' uretra, la cui acrimonia è tale che arrossisce ed escoria qualche volta la vulva e la parte interna delle cosce della stessa donna. Le blenorragie contratte in queste condizioni sono esse suscettibili di trasmettersi alle donne sane? Ecco quello che ignoriamo. Checchè ne sia però, esse costituiscono malattie sempre locali, e qualunque sia la loro intensità e la loro durata, non sono mai seguite da accidenti di sifilide costituzionale. Vi sono però altre

blenorragie le quali, contratte nello stesso modo delle precedenti, sono suscettibili di produrre tutti i sintomi d' infezione: questa è la blenorragia *virulenta* propriamente detta. Questa è essenzialmente contagiosa, però si è discordi sulla sua natura. Gli uni, con Tode, B. Bell, Hernandès, i signori Ricord e Baumès, ne fanno una malattia distinta della sifilide, avendo un virus speciale, o dipendente forse solamente, secondo il Signor Ricord, dalla natura acre ed irritante del fluido morbosissimo; gli altri, tra i quali si debbono specialmente notare Astruc, Hunter, Hufeland, Swédiaur, il Signor Lagneau, pretendono invece, che la blenorragia è prodotta dallo stesso virus del cancro. Questi ultimi considerano allora le due malattie (ulcera e blenorragia) siccome identiche e non differenti tra esse che per la loro forma primitiva, dovuta essa stessa alla loro sede particolare ed alle condizioni anatomica e fisiologica de' tessuti infetti o alla idiosincrasia degl' individui, o anche alla differenza d' intensità nell' azione della causa specifica ec.

La soluzione di questa quistione è estremamente difficile, malgrado i numerosi lavori intrapresi per risolverla. Secondo i signori Ricord e Reynaud, il musco-pus blenorragico differisce dal pus dell' ulcera in quanto che, mediante la inoculazione, non determina mai la ulcerazione. Questi chirurghi hanno detto che nel coito, la blenorragia non produceva che una blenorragia e giammai un cancro, a meno che le due malattie non fossero riunite nello stesso individuo, il che, secondo essi sarebbe cosa frequente. I numerosi fatti che alcuni riportano di persone le quali, avendo solamente una blenorragia, avrebbero potuto comunicare ad una persona ora una blenorragia, ora una ulcera, non sono concludenti, secondo il Signor Ricord, il quale obietta per tutti che la osservazione degli organi genitali non era stata eseguita esattamente per poter affermare che non esiste in un punto qualche ulcerazione sifilitica. I signori Ricord e Baumès in fatti si sono persuasi che tutte le volte che una donna che si suppone colpita da una blenorragia semplice aveva comunicato le ulcere ad un uomo, la osservazione mediante lo speculum faceva stabilire la esistenza di una o molte ulcere nella vagina o sul collo dell' utero. La stessa dimostrazione non può essere fatta nell' uomo, in ragione della disposizione delle parti; pur tutta via accade spesso, secondo il Signor Ricord che individui i quali si credevano colpiti da una semplice blenorragia, e che hanno comunicato le ulcere alla donna, o quel che torna lo stesso, gl' individui ne quali la inoculazione dello scolo uretrale à prodotto un' ulcera, presentano finalmente un' ulcera specifica che si vede allontanando le labbra del meato urinario, o se rimane profondamente nascosta nel canale, si distingue in un punto più o meno circoscritto un indu-

ramento particolare; altre volte il canale è perforato dal travaglio ulcerativo; in fine, se periscono, siccome lo à veduto due volte il Signor Ricord, si trovano i cancri uretrali ad una variabile profondità; qualche volta bisogna cercarli sin dentro la vescica.

Il Signor Ricord conchiude da' fatti precedenti, che la blennorragia detta virulenta altro non è che un'ulcera nascosta nell' uretra o nella vagina, che riconosce in modo assoluto una causa specifica, e che si mostra spesso solo sotto le apparenze di uno scolo blenorroico, ma che esiste soltanto in virtù di un' ulcerazione la quale, sola, può dar luogo ad una infezion generale: quindi il Signor Ricord nega assolutamente che una blennorragia senza complicanza ulcerosa potesse mai produrre una sifilide costituzionale. Questa opinione già anticipatamente annunziata da Beniamino Bell, Duncan, Kiernan, e per difendere la quale il Signor Ricord à sviluppato un gran talento è bastantemente vera; però è troppo esclusiva, e molti fatti possono essere citati contro di essa. Quindi un uomo la cui testimonianza forma gran peso per noi in ragione della grande esperienza, della sua buona fede e del suo illuminato giudizio, il Signor dottor Baumès à veduto i sintomi di sifilide costituzionale prodursi dopo le semplici blennorragie, e ciò che toglie materia a qualunque discussione, dopo le blennorragie limitate al ghiande ed al prepuzio, cioè ne' casi in cui era stato facile di convincersi che nessuna ulcerazione era esistita. Due pratici non meno sperimentati e di una grande autorità in simile materia, i Signori Lagneau e Reynaud, chirurgo della real marina, hanno veduto simili casi. Questi fatti dimostrerebbero dunque in modo indubitato che l'ulcera e la blennorragia sono due malattie identiche in quanto alla loro origine, che esse sono e l'una e l'altra la espressione di una stessa causa specifica, poichè sono capaci d'infettare nello stesso modo la economia, cioè di produrre egualmente le sifilidi verso la pelle, le ulcerazioni speciali verso le membrane mucose, i dolori ostocopi, ee, malattie che il virus sifilitico solo può produrre, e delle quali il mercurio è l'agente specifico. L'esperienza della inoculazione, la impossibilità di produrre un'ulcera colla materia blenorragica, non saprebbero indebolire questi risultati.

Tutti comprenderanno la importanza di poter distinguere la natura di diversi scoli uretrali; questa diagnosi differenziale però è riconosciuta quasi impossibile dagli uomini più sperimentati. I caratteri distintivi che alcuni han creduto trovare nel colorito, nella consistenza e l'abbondanza dello scolo, nel dolore più o meno vivo che accompagna la emissione urinaria, nel corso della malattia, nel tempo più o meno lungo che passa tra l'azione della causa e la manifestazione della blennorragia, non an-

no il valore che loro si attribuisce. Bisognerà però diffidare delle blenorragie che si sviluppano dopo molti giorni della incubazione soltanto, che sieguono per qualche tempo un corso progressivamente ascendente e si accompagnano ad infiammazione molto intensa. Bisognerà pur diffidare di quelle che si complicano ad alcuni accidenti precedentemente descritti, e la cui durata, raramente minore di sei settimane, spesso si prolunga al di là. Ma, lo ripeto, in queste circostanze anche riunite, non avvi niente che potesse caratterizzare una blenorragia di origine venerea.

Sin ora abbiamo trattato delle blenorragie uretrali soltanto; però abbiamo molte volte fatto menzione di una varietà di blenorragia molto comune consistente nella infiammazione del prepuzio, del ghiande o di queste due parti contemporaneamente: essa riconosce le stesse cause e si contrae nello stesso modo della prima; eccettuata però la oftalmia, non sembra affatto accompagnarsi in alcun caso agli accidenti che complicano spesso la uretrite. Questa specie di blenorragia, producendo sovente un gonfiamento considerabile del prepuzio e del ghiande si accompagna frequentemente alla fimosi. Le parti sono spesso escoriate e presentano lo aspetto di una superficie denudata dall'applicazione delle cantaridi. Questa blenorragia spuria dura spesso venti, trenta e quaranta giorni; il tutto considerando però, a una durata meno lunga della blenorragia uretrale.

Prognostico. — La blenorragia non è quasi mai una malattia inquietante; il pronostico è grave solamente quando la mucosa oculare è colpita o quando la prostata o la vescica s'infiammano. A cose eguali però, la blenorragia virulenta è più grave della blenorragia semplice, atteso che questa non è mai seguita da accidenti d'infezione.

Cura. — Quando un individuo si è abbandonato al coito sospetto, dovrà tosto limitarsi ad un dolce regime; eviterà qualunque eccitamento per parte degli organi genitali; caminerà poco, farà uso di un dolce nutrimento, e non beverà né vino, né liquori, né alcuna bevanda, la quale, come, la birra, può produrre la malattia di per se stessa. Il Signor. Ricord consiglia pure quest'individui di non prendere bagni caldi, perchè questi favoriscono spesso lo sviluppo dello scolo.

Essendo consultato da un ammalato, sin dallo sviluppo della blenorragia, cioè nelle ventiquattr'ore, e quando non esiste altro che un poco di cuoio, di calore nell'urinare, ed un leggiero gemito, si cercherà di far abortire la flemmasia dell'uretra. In questo scopo si possono consigliare i purganti drastici più violenti, come la coloquintide; però il loro uso potendo produrre gravi accidenti, è prudenza astenersene. I rivellenti cutanei e gli antillogistici, che altri anno raccomandato, non colpiscono mai lo scopo che si propone. Se poi il dolore è vivo e

la malattia gagliarda, tornerà vantaggioso praticare un salasso generale, o una forte applicazione di sanguisughe al perineo, agl'inguini o al pene (mai sulla verga), non come un mezzo curativo, ma a solo titolo di coadiuvante. Nello stesso tempo si amministerà internamente una forte dose di copaiba (30 o 60 gramme in ventiquattr'ore), o pure si modificherà direttamente lo stato del canale iniettando una forte soluzione di nitrato di argento (10 decigramme, 1 a 2 gramme in 32 gramme di acqua). I due mezzi possono essere impiegati simultaneamente, e spesso hanno lo effetto di estinguere gli scoli nello spazio di tre o quattro giorni. La cura abortiva riesce specialmente negli scoli indolenti, o che producono un debole dolore soltanto, mentre manca spesso nei casi contrari, anche avendo ricorso anticipatamente o simultaneamente agli antillogistici. Il Signor professor Schutzenberger, nella *Gazette médicale de Strasbourg* (1841) ed il signor Debeney, nel *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (1843) hanno citato molti fatti in favore del metodo abortivo. Il primo preferisce gli antiblenorragici, il secondo à ricorso, -allo esempio di Carmichael di Dublino, alle iniezioni del nitrato di argento. Noi però pensiamo, col Signor Serres di Montpellier, che queste ultime convengono specialmente quando la infiammazione è appena nascente o che è sul punto di spegnersi, e bisogna astenersene nelle blennorragie ben stabilite. Aggiungeremo pure che se dopo tre o quattro giorni dell'uso di questo metodo non si vede una miglioria, bisogna rinunciarvi. Si deve, in tutti i casi, procedere con prudenza; perchè spesso accade che il metodo abortivo, specialmente colle iniezioni, può essere seguito dagli accidenti. Si sa, per esempio, che il Signor Venot, chirurgo a Bordeaux, à veduto, dopo il loro uso, le orchiti, le postiti, gli ascessi uretrali, i bubboni; ec. (*Annales de la chirurgie française*, 1844).

Quando il medico è consultato troppo tardi, o che il metodo abortivo non à alcun utile risultato, bisogna combattere o modificare lo stato acuto col riposo, i bagni generali e locali tiepidi, con un alimento dolce, poco abbondante, l'uso di una bevanda mucilagginosa: si consiglierà l'uso del sospendorio per prevenire lo ingorgo dei testicoli; in fine se lavvi febbre, se lo individuo è pletorico, si aprirà la vena una o molte volte. Se i dolori sono vivi, se esiste molto gonfiamento, se la blennorragia è cordata, si prescriverà una forte applicazione di sanguisughe al perineo, agl'inguini alla base della verga; ma mai sullo stesso organo, se vuolsi evitare i gonfiamenti edematosi, le resipole, le ecchimosi e qualche volta la gangrena. Bisogna pure, dopo la caduta delle sanguisughe, e ne' giorni seguenti difendere le morsicature dal contatto della materia dello scolo; perchè senza questa precauzione, le piccole piaghe potrebbero trasformarsi in ulceri veneree.

Vi sono alcuni accidenti i quali richiedono mezzi speciali: quindi si combatteranno le erezioni dolorose che tormentano gli ammalati durante la notte coll'uso combinato della canfora ed oppio sotto forma di clistere (canfora, 3' a 5 decigramme; oppio, 5 a 10 centigramme; giallo di uovo, num. 1, acqua, 150 gram.); o in pillole (canfora, 1 gram; oppio, 5 decigramme, fare 20 pillole, prenderne da 2 a 5.). La emorragia del canale, di rado spontanea, à luogo specialmente negl'individui colpiti da blenorragia cordata, e che, sotto pretesto di dirizzare la verga, di rompere la corda, come dicono, collocano l'organo sopra un piano orizzontale, e danno sopra un colpo di pugno. Questa barbara pratica produce spesso le lacerazioni ed una emorragia la quale, se essa fosse abbondante, richiederebbe necessariamente le compresse fredde attorno della verga, del perineo, sulle cosce ed agl'inguini: nello stesso tempo si amministreranno i clisteri freddi e le bevande acidole; in fine nei casi estremi si eserciterà una compressione sull'utero. Le flemmasie vescicale e prostatica richiedono l'applicazione delle sanguisughe al perineo ed i bagni prolungati. Bisogna praticare sollecitamente il cateterismo in tutti i casi di disuria. Se gli accessi uretrali anno luogo, si apriranno tosto. Quando il testicolo è colpito, si è ricorso ad una o molte applicazioni di sanguisughe; queste si applicano piuttosto sul cordone che sulle borse, si amministrano i bagni prolungati; l'organo si cove di cataplasmi, e si prescrivono i lassativi tutti i giorni. In fine, quando la sensibilità è diminuita, e l'acuzie calmata, si tenta una compressione metodica colle strisce dell'empiaastro di Vigo *cum mercurio*. Se la congiuntiva è colpita, si può aver speranza di salvare la vista impiegando prontamente i più energici mezzi. Quindi si apre largamente la vena, si applicano moltissime sanguisughe a processi mastoidei, alle tempie, si determina una forte controirritazione sul tubo digestivo mediante i purganti; in fine si rovescia la palpebra, e tutta la congiuntiva si tocca con un lapis di nitrato d'argento. Se avvì chimosi, si procura d'inciderla; l'occhio sarà poi lavato con una decozione fresca di teste di papavero. La cauterizzazione si ripeterà, mentre è il mezzo più efficace per arrestare i progressi distruggitori della infiammazione. Se una o molte articolazioni vengono colpite, si è ricorso alle sanguisughe, a' rivellenti intestinali, a' vescicanti volanti. In nessun caso di queste complicate è indicato d'irritare l'uretra, e specialmente d'introdurre la materia blenorragica, anche quando lo scolo fosse diminuito. La pratica contraria, che alcuni anno consigliato, è contro ragione e senza alcuna utilità.

Tosto che il periodo acuto della blenorragia è calmato, bisogna diminuire la quantità delle bevande e lasciare i bagni, i

quali spesso sostengono lo scolo; poi dar principio con prudenza all' uso degli antiblennorragici, (copaiba e cubebe). Se il loro uso determinasse una recrudescenza degli accidenti infiammatori, si sospenderanno per ripigliare gli antilogistici. Tra tutti gli antiblennorragici, il copaiba è il più efficace, agisce meglio per la bocca che per clisteri, si prescrive alla dose di 5 a 16 gramme nel corso delle ventiquattr' ore, liquido come nella pozione di Chopart, o solidificato colla magnesia, colla conserva di rose, col cubebe, ec. o anche meglio si amministra avvolto nelle capsule gelatinose (capsule di Mothes) o di glutine (capsule di Raquin); allora addiviene meno disgustoso per gli ammalati e più facilmente tollerato dallo stomaco. Questi diversi metodi però di amministrare il medicamento non anno il vantaggio che loro è stato attribuito, di prevenire i rutti di copaiba, che sono insopportabili per alcuni ammalati. Il cubebe non è fornito della efficacia del copaiba; si amministra nello stesso modo di questo, sotto forma di bolo, alla dose di 16 a 30 gramme nel corso del giorno; alcune volte s' introduce per la via del retto. L'olio di terebentina egualmente raccomandato occupa il terzo posto per la efficacia. Quando lo scolo è stato troncato, bisogna continuare per qualche tempo l' uso dei rimedi, se si desidera di non vederlo ricomparire sollecitamente.

Quando lo scolo resiste a' mezzi precedenti, o se lo stato dello stomaco non ne permette l' uso, bisogna ricorrere alle iniezioni di nitrato di argento (10 centigramme in 250 gramme di acqua), si fanno con una siringa di vetro cinque o sei volte al giorno: si eviterà per quanto sia possibile di spingerle nella vescica. Si può anche usare alla fine della blennorragia, ma con minor vantaggio; la iniezione coll' acetato di piombo (1 a 2 gramme in 60 di acqua) il solfato di rame, di zinco (4 decigramme, l' acqua con vino, il liquore di Van-Swieten, il ioduro di ferro, (5 centigramme ad 1 gramma), la tintura di iodo (1 a 10 gocce). Le iniezioni non meritano i rimproveri che molti loro an diretti, cioè come capaci di restringere l' uretra. Nella balanite e la postite, bisogna, secondo il Signor Ricord, cauterizzare le parti ammalate col nitrato di argento e superficialmente con una decozione emolliente o coll' acqua di saturno. Hunter voleva che alla fine degli scoli uretrali contrattati col coito si amministrassero i mercuriali per un certo tempo. Persistiamo a credere che questa pratica, raccomandata da Astruc, da Swédiaur, da Monteggia, Cullerier e dal Signor Lagneau, è buona; è prudenza dunque ricorrervi, quantunque il Signor Ricord abbia, in questi ultimi tempi, parlato contro di essa.

DELLA BLENORREA NELL' UOMO

La blenorragia cronica à ricevuto il nome di *blenorrea*; può essere primitiva, ma quasi sempre succede allo stato acuto.

Cause, e sede. — Una cura irrazionale, gli errori dietetici, il coito, la fatica, il caminò, sono altrettante cause che provocano il passaggio della uretrite allo stato cronico. La stagione fredda o la dimora in luoghi bassi, umidi, sono pure due cause che perpetuano gli scoli uretrali. In fine vi sono individui linfatici soggetti alle flussioni caterrali, ne quali lo scolo blenorragico si perpetua in modo indefinito cronicamente sotto la influenza dello stato costituzionale, e spesso senza che esista nel canale alcun' alterazione di tessitura. Se in moltissimi casi, lo stato uretrale dura per una specie di abitudine di secrezion morbosa, e quantunque la mucosa del canale non presenta alcun' alterazione, è comunissimo vedere la malattia sostenuta da qualche lesione materiale, come un ingorgo della prostata, un restringimento uretrale, e più spesso una semplice infiammazione cronica della membrana mucosa, la quale è azzurragnola, livida, ipertrofiata, bernoculata, fungosa. Quest' alterazione è sempre circoscritta, occupa qualche volta il meato, più sovente esiste nella porzion bulbosa e prostatica. Secondo il Signor Baumès, le gocce inveterate avrebbero quest' ultima per sede otto volte su dieci.

Sintomi, corso, durata, esiti, effetti. — Gli individui colpiti da blenorrea, gli uni ànno una goccetta continua dall' uretra di un liquido in generale denso, bianco, vischioso, trasparente, qualche volta giallo o verdastro, che varia da un giorno all' altro per le qualità. In altri, la goccetta è tanto piccola, invisibile nel giorno, perchè portata via dalla urina; allo svegliare però, basta una leggiera pressione da dietro in avanti sul canale perchè la goccetta di liquido mucoso o puriforme si manifesti (gli ammalati la chiamano comunemente *goccia militare*). Finalmente nel grado più debole della malattia, non avvi scolo, ma solamente un poco più di umidità del canale, il che si conosce aprendo il meato urinario.

Queste gocce possono esistere senza che gli ammalati provino alcuna sofferenza, alcun dolore nel tragitto del canale; altri accusano un leggerissimo prurito al principiare o al finir dell' urina, al livello de' punti ove la mucosa è infiammata. Se l' alterazione occupa la fossa navicolare, il meato è spesso violaceo, color di lavagna, la pressione esterna è dolorosa: se esiste nella porzion prostatica, gli ammalati si laguano spesso di peso al perineo, di un solletico al margine dell' ano; i desideri di urinare sono più frequenti, ed il passaggio dell' urina

sulle parti affette determina qualche volta dolore e cuociore. Molti di quest' individui provano finalmente le perdite seminali, i restringimenti uretrali, gl' ingorghi prostatici ed i catarri vescicali. La blenorrea dura indeterminatamente; può continuare per moltissimi anni, aumentando o diminuendo secondo che lo ammalato fa uso di una buona o cattiva igiene. Molti guariscono col passaggio della malattia allo stato acuto; questo è provocato da alcuni eccessi o da una novella infezione.

Queste gocce costituiscono sempre una seria malattia che non bisogna mai trascurare. È cosa pericolosa che la maggior parte degli ammalati e molti medici le considerino come presso a poco insignificanti. Questa certezza produce spesso i più tristi risultati, perchè queste semplici *gocce*, conservano qualche volta il carattere contagioso per anni intieri, e si vede frequentemente che coloro i quali si ammogliano, infettano la loro consorte e procreano figliuoli i quali, nel loro nascimento, sono coverti di eruzioni sifilitiche. Torna impossibile poter fissare un' epoca in cui gli scoli finiscono di essere contagiosi. Non bisogna sempre fidarsi alle qualità del liquido, perchè vedesi spesso un gemitto mucoso, trasparente, liquido, filamentoso, viscido, essere fornito delle proprietà contagiose come quello che è lattiginoso e purulento.

Cura. — Si cercherà di sapere dapprima se la blenorrea sia sostenuta da uno stato costituzionale; quindi se gl' individui sono deboli, mal vestiti, mal nutriti, malamente alloggiati, basta cambiare queste condizioni per far sparire il flusso uretrale. Quando la malattia affetta un individuo scrofoloso soggetto alle malattie catarrali, a diversi scoli di qualche mucosa e della pelle, bisognerà amministrarne gli amari, la china, i ferruginosi: si ordinerà una buona igiene e l' uso de' bagni di mare ed aromatici. Abbiamo però detto che quasi sempre la blenorrea era sintomatica di qualche alterazione del canale, che bisognerà investigare e curare: quindi se esiste uno stringimento, si dilaterà; se la prostata è indurata, si ricorrerà alle applicazioni delle sanguisughe al perineo, alle frizioni risolventi, alle docciature, a' bagni alcalini: se esiste una semplice flemmasia cronica, s' inietteranno nel canale le stesse sostanze toniche, astringenti, escarotiche, come nella blenorragia, ad una dose maggiore; il nitrato di argento, il iodo ed il ioduro di ferro sono indicati in preferenza. Se la sede della infiammazione è profondamente situata, si deve preferire d' introdurre nell' uretra il porta-caustico del Signor Lallemand, e cauterizzare una o molte volte il punto ammalato: questo si avverte pel dolore che lo individuo prova quando lo strumento arriva al suo livello. Bisognerà, oltre a ciò, usare il copaiba a dose generosa ed il cubebe; quest' ultimo si unisce qualche volta con vantaggio

allo estratto di ratania o all'allume calcinato (12 a 16 grame con 60 di cubebe; farne dieci pillole da prendersi in due giorni).

DELLA BLENNORRAGIA ACUTA E CRONICA NELLA DONNA

Sede. — La blenorragia della donna, completamente studiata da Hunter, e recentemente da signori Ricord e Baumès, può colpire quattro diverse sedi, cioè: per ordine di frequenza, la vagina, l'uretra, la vulva e l'utero. Il più delle volte molte di queste parti, specialmente la vagina, sono colpite nello stesso tempo, ora tutte. Nella maggior parte de' casi, la malattia si sviluppa nella vagina, e si propaga poscia alle altre parti.

Sintomi, corso, durata, esiti. — La durata della incubazione è variabile nella donna come nell'uomo. Oltre a che nella prima è più difficile di fissare lo sviluppo della malattia a causa di una leucorrea che spesso esiste antecedentemente. Checchè ne sia, pochi giorni dopo un coito infetto, la donna prova calore, tensione nella vagina e nella vulva, da sembrarle gonfiate: queste parti sono pure la sede di un prurito, che aumenta in essa i desideri venerei. Se la flemmasia occupa la vulva, il corso è penoso, doloroso, a causa degli strofini; la uscita della urina è accompagnata da cuociore e da scottature, anche quando il canale non è colpito, il che dipende perchè la urina escreata bagna più o meno le parti infiammate della vulva. Finalmente quando la flemmasia si propaga all'utero, l'ammalata accusa dolore allo ipogastrio, peso al perineo, e tutti i segni di una metrite ordinariamente leggiera. Lo scolo è un muco-purulento; macchia a giallo la biancheria, a verde o a bruno; può essere sanguinolento. È liquido quando è luogo dalla vulva, dall'uretra e dalla vagina: vischioso, focchioso, quando è segregato dall'utero; di odore abitualmente insipido, esala spesso un odore fetido d'idrogeno solforato o di pesce putrefatto (Ricord).

La osservazione delle parti ammalate fa scorgere una tumefazione generale della vulva; la mucosa di questa parte e quella della vagina sono rosse uniformemente o a macchie, escoriate, ulcerate; i follicoli sono voluminosi, e danno a queste parti un aspetto bernocoluto; il collo dell'utero è rosso, gonfio, escoriato, o presenta soltanto lo stato che abbiamo indicato sotto il nome di metrite granulosa. Se la flemmasia occupa l'uretra, si può far gemere alcun poco di muco, quando, introducendo il dito indicatore nella vagina si porta d'avanti in dietro, esercitando sul canale una pressione qualche volta dolorosa.

Spesso si rinvencono nella vagina e sin anche nell' utero le vere ulcere, che resterebbero inosservate se non si applicasse lo speculum. La esplorazione con questo strumento è qualche volta talmente dolorosa, da tornar cosa prudente astenersene per quanto più sia possibile. In fatti quando la vaginite è acutissima, gli ammalati non possono neppure sopportare la introduzione del dito. In somma, la blenorragia risveglia nella donna meno dolore, ansietà, mal' essere che nell' uomo. In generale, i sintomi infiammatori sono continui ma aumentano più o meno durante la mestruazione.

Nel corso della blenorragia della donna anno luogo spesso gl' ingorghi flemmonosi del volume di una nocella nella spessezza delle grandi labbra; spesso finiscono colla suppurazione. Un' altra complicazione molto più frequente, e che dipende dalla disposizione istessa delle parti, consiste nella infiammazione che determina all' ano ed alla parte inferiore del retto il contatto della materia blenorragica, che scorre incessantemente dalla vulva. La donna può essere colpita egualmente dell' uomo, più di raro però, dalla oftalmite, dall' arterite da bubboni; questi ultimi anno luogo solamente ne' casi in cui l' uretra è colpita (Ricord). In fine le ovaie sembra che s' infiammino come avviene de' testicoli nell' uomo. I signori Ricord e Baumès ne anno osservati alcuni esempi; però questa complicazione, siccome lo abbiamo detto, ci sembra rarissima. La blenorragia nella donna tende moltissimo alla cronicità; la guarigione spontanea è luogo di rado. Nello stato cronico, la malattia si confonde colle differenti specie di leucorrea. In alcune donne, queste vaginite croniche possono essere il punto di partenza di diversi accidenti simpatici, i quali spariscono tosto che si è modificata la parte ammalata mediante la cauterizzazione col nitrato di argento. È un punto di pratica sul quale il Signor Récamier à insistito ragionevolmente.

Diagnosi. — Tutti son di accordo non esistere alcun segno per distinguere la blenorragia dagli altri scoli vaginali. Lo studio de' sintomi in particolare, e la esplorazione degli organi genitali non possono fornire alcuna presunzione, ed anche oggi siamo costretti confessare con Hunter, che le circostanze che anno preceduto lo scolo, e specialmente il contatto con un uomo sospetto, possono solo illuminarci sulla sua natura. Aggiungiamo di più che una donna non dovrà essere accusata di una blenorragia per ciò solo che avrà mischiato uno scolo all' uomo, il quale è stato in rapporto con essa; perchè abbiamo veduto che una semplice vaginite, una leucorrea non virulenta, potevano forse avere questo effetto. Da altra parte, è certo che moltissime donne soggette per tutto il corso della loro esistenza a' flussi bianchi, potevano essere infette indubitatamente da ble-

norrhagia; esse possono allora *innocentissimamente* comunicare la malattia a' loro amanti, e presentare esse stesse i sintomi di sifilide costituzionale. In fine diciamo, per terminare, che una blenorragia; contratta da un uomo che coabita con una donna non è una *prova assoluta* che questa sia infetta; poichè si è veduto qualche volta una donna sana niente contrarre avendo rapporti con un uomo ammalato, mentre un individuo sano che coabitava con essa poco tempo dopo era stato infetto dalla materia blenorragica o dal pus ulceroso che il primo avea depositato nella vagina.

Pronostico. — La blenorragia, quantunque più ostinata nella donna che nell'uomo, è però meno grave che in questo ultimo, perchè non produce tutte le gravi complicazioni che determina nell'uomo. La blenorragia è una malattia pericolosa nella donna vicina a partorire; perchè il feto può infettarsi attraversando la vagina, e molte oftalmite purulente si osservano sviluppate pochi giorni dopo la nascita, le quali altra cosa non sono meno che oftalmie blenorragiche prodotte dall'applicazione sull'occhio del muco-pus della madre.

Cura. — È cosa rara poter fare abortire la blenorragia nella donna come può praticarsi nell'uomo. La blenorragia della vulva è la più facile a guarirsi; essa sarà curata come quella del ghiande, cioè cauterizzando le superficie ammalate con un lapis di nitrato di argento, poi covrendole con una pezzolina fina. Se la flemmasia occupa la vagina o il collo dell'utero, si mettono le parti allo scoperto mediante lo speculum; poi si cauterizzano da dietro in avanti a misura che si ritira lo strumento. Se però la infiammazione fosse troppo viva, bisognerebbe innanzi tutto, moderarla coll'uso degli antistlogistici, come salsasso generale, applicazione di sanguisughe agl'inguini, bevande dolci e riposo; ma tosto che lo stato acuto è cessato, bisogna ricorrere alla cauterizzazione col nitrato di argento; si potrà ripetere una o più volte ad alcuni giorni di distanza; nello intervallo, si faranno praticare nella vagina le iniezioni astringenti (allume, acetato di piombo, da 4 a 30 gramme in 30 gram. di acqua). Bisogna pure che le parti della vagina siano isolate le une dalle altre, interponendovi la filaccica ascintata, o impregnata de' liquidi che servono per le iniezioni. La cauterizzazione col nitrato di argento liquido può esser sostituita dalla iniezione di una soluzione di questo sale, o dal tamponaggio della vagina mediante la filaccica impregnata di questo liquido. Quando la malattia si è propagata all'utero, convengono gli stessi mezzi, cioè la cauterizzazione della superficie vaginale e la faccia interna del collo con un lapis di nitrato di argento: si è pur consigliato di praticare le iniezioni di nitrato di argento (15 centigr. in 60 gram.), o dal nitrato di

mercurio (8 a 10 gocce) nella interno del corpo. Però questa pratica potendo presentare alcuni pericoli in seguito del passaggio del liquido a traverso le trombe sin nel peritoneo, non ardiremo raccomandarla, anche quando si praticassero tutte le precauzioni raccomandate dal signor Vidal, de Cassis. Diciamo però che quest'abile chirurgo e gli stessi signori Baumés e Ricord hanno impiegate le iniezioni uterine moltissime volte con successo, e non hanno avuto mai a compiangere alcun accidente. Il cubebe, il copaibá, sono privi di effetto nella blenorragia della donna, ma quando lo scolo occupa l'uretra, questi medicamenti agiscono nella stessa maniera come nell' uomo. Nello stato affatto cronico le cauterizzazioni sono pure indicate; però si ricorrerà alle iniezioni ed a tamponaggi più tonici e più astringenti; quindi s'impiegherà la decozione di tannino, allungata o pur no con parte eguale di una soluzione di allume, ec.

La propagazione della blenorragia all'ano ed al retto richiede gli stessi mezzi della blenorragia (emollienti, nitrato di argento, astringenti).

DEL BUBBONE

G. Hunter comprende sotto il nome di *bubbone*, tutti gli ascessi formati nel sistema assorbente (vasi o glandole), e che sono la conseguenza dello assorbimento del pus venereo. Torna più conducente però indicare con questa parola il solo ingorgo de' gangli linfatici. Nella maggior parte de' casi il bubbone si manifesta negl' individui i quali sono affetti dalle ulceri; più di rado a luogo nelle blenorragie; in fine può manifestarsi, in alcuni casi rari, primitivamente, cioè senza essere preceduto da alcun fenomeno patologico degli organi sessuali; allora si chiama *bubbone improvviso*.

I bubboni sono più frequenti nell' uomo che nella donna; nel primo si osservano specialmente quando le ulcere occupano il prepuzio; le ulceri che si sviluppano attorno al fremitolo sono la causa più frequente di quelle di qualunque altra regione. Nella donna, sono le ulceri de' dintorni del meato urinario che il più delle volte li determina (Ricord). Nelle blenorragie, i bubboni possono occupare l' una e l' altra delle regioni inguinali. Alcune volte queste sono affette simultaneamente; se poi il bubbone è la conseguenza di un' ulcera, sarà quasi sempre collocato nell' inguine che corrisponde al lato della verga affetto dall' ulcera venerea. Però questa regola, siccome l' osserva Hunter, non va esente da eccezioni. In fine se il cancro è situato sul frenulo o sulla linea mediana della verga, sarà impossibile poter determinare quale sarà l' inguine probabilmente affetto. Qui parliamo soltanto de' bubboni inguinali, perchè gli

accidenti primitivi della sifilide occupano quasi sempre gli organi genitali. Però quando questi si sviluppano altrove, possono purè essere seguiti dallo ingorgo e dalla suppurazione dei gangli superficiali a' quali si uniscono i vasi linfatici che arrivano dalle parti affette: quindi nelle ulcere della bocca, si veggono i gangli sottomascellari ammalati, e quelli delle regioni ascellari nelle donne che soffrono le ulcere veneree su i capezzoli.

Di rado i bubboni si sviluppano nei primi giorni dopo la manifestazione dell' ulcera e della blenorragia; comunemente ciò à luogo dopo il primo o il secondo settenario, e qualche volta più tardi. I bubboni improvvisi poi, si dichiarano il più delle volte uno o almeno pochi giorni dopo un coito infetto. Se il Signor Ricord à sosteputo che quindici giorni trascorrevano, ed il più delle volte un intervallo maggiore tra il coito e la manifestazione dello ingorgo ganglionare, ciò à avuto luogo perchè questo abile chirurgo, malgrado i fatti contrari citati da Astruc, Swédiaur, Bertrandi, i Signori Lagneau, Gibert, Raynaud, ec, à contestato, però a torto secondo noi, la esistenza dei bubboni istantanei. In fatti pensa, che questo nome sia stato dato ora agl' ingorghi accidentali dipendenti da qualunque altra causa meno che dalla sifilide, o pure agl' ingorghi prodotti semplicemente dalla irritazione delle estremità degli assorbenti durante l'atto del coito. Il signor Ricord è stato indotto a dire dietro ciò, che quando questi bubboni suppurano, non presentano mai un pus inoculabile; in fatti, perchè ciò potesse aver luogo, secondo lui, è necessario che esistesse un' ulcera in qualche parte. La opinione di questo celebre sifiliografo però è contraddetta da due abili osservatori, i signori Gibert e Baumès, i quali avendo inoculato il pus fornito da' bubboni istantanei àno veduto riprodursi un cancro.

Sintomi. — In generale il bubbone è annunziato da un senso d' incomodo e di dolore agl' inguini; la pressione è dolorosa in questa parte. Qualche volta molti vasi linfatici ingorgati si estendono dalle parti genitali sin nella regione inguinale, ed allora si osserva nell' inguine un piccolo tumore che sembra occupare ora i gangli superficiali, più spesso i profondi. Questo tumore acquista tosto il volume di una noce, di un uovo, ed anche del pugno di un individuo: la sua forma è bislunga, ovoidè o rotonda; il più delle volte occupa la parte inferiore ed interna della piegatura dell' inguine, siegue spesso il corso acuto del flemmone; altra volta si sviluppa lentamente, quasi senza dolore, e può allora rimanere per lungo tempo affatto stazionario.

Ne' bubboni flemmonosi, molti gangli sono affetti simultaneamente non solo, ma l' infiammazione si propaga ancora al

tessuto cellulare circostante; i dolori sono più o meno vivi; il corso è difficile ed anche impossibile; spesso avvi febbre. In questo stato, la flemmasia può terminare colla risoluzione; il più delle volte però il pus si forma in una parte o nella totalità del tumore: la suppurazione è frequente specialmente quando la infiammazione colpisce i gangli superficiali. Gli ascessi allora si vuotano esternamente, e l'apertura de' tegumenti acquista spesso tutti i caratteri esterni dell'ulcera, cioè che la soluzione di continuo à un fondo grigiastro; i suoi bordi sono duri, tagliati a picco, ed il pus segregato è inoculabile. Altre volte l'ascesso aperto non presenta niente di particolare. Possonsi vedere tutti gli accidenti locali consecutivi degli altri ascessi, come le fistole i larghi scollamenti della pelle, la cangrena di questa membrana, ec. Il bubbone di corso lento presenta gli stessi modi di terminazione del precedente. In alcuni individui predisposti, i bubboni suppurati ed aperti presentano finalmente tutti i caratteri delle ulcere serofolose o carcinomatose; i primi sono sempre difficili a guarirsi, gli altri quasi sempre incurabili.

Diagnosi. — Non è questo il luogo d'indicare, trattandosi de' bubboni, la diagnosi differenziale de' principali tumori dell'inguine; converrebbe però saper distinguere, in tutti i casi, il carattere degl'ingorghi inguinali che sopravvengono nel corso delle affezioni veneree. In fatti non dipendono tutti dal trasporto del virus sifilitico nei gangli; quindi alcuni sembrano nascere unicamente dalla propagazione della infiammazione, senza che niente vi abbia di specifico, mentre altri sembrano essero semplicemente lo effetto di un contro colpo simpatico. Queste due ultime specie di bubboni terminano di rado colla suppurazione, e se qualche volta accade, il pus non è mai inoculabile. Quelli della prima specie, limitata dapprima ad un sol ganglio, suppurano, al contrario, si rendono più difficili frequentemente; il loro corso è rapido; la loro suppurazione abbondantissima avendo riguardo al loro volume; l'ascesso è quasi sempre unico; il pus è inoculabile. Però, siccome l'osserva il signor Ricord, quando si apre un bubbone sifilitico, il pus che vien fuori dal focolare non è egualmente inoculabile; quindi s'innesterà quello che sarà formato dal ganglio primitivamente ingorgato, mentre che si otterranno risultati negativi inoculando quello formato da' gangli e dal tessuto cellulare vicini, la infiammazione de' quali è stata tutta di continuità o di contiguità, ma senza alcun carattere specifico. In fine, crediamo col Signor Ricord che la sola inoculazione potrebbe far distinguere certamente il bubbone virulento da quello che non lo è. Poco importa però questa precisione per la diagnosi, e bisognerà astenersi dalla inoculazione per i pericoli che presenta. Lo scopo di far conoscere i risultati della inoculazione artificiale del pus de' bubbo-

ni, non è certamente quello di raccomandarla a' miei colleghi, ma sebbene di esporre loro i risultati piuttosto uriosi che utili.

Pronostico. — Il bubbone consecutivo all' ulcera è più pericoloso; perchè suppurato ed aperto, presenta spesso i caratteri della ulcerazione sifilitica e dispone moltissimo alla infezione. Non è però certo, siccome lo vuole il Signor Baumès, che un bubbone suppurato esponga meno alla sifilide costituzionale di quello che termina colla risoluzione. Il bubbone è sempre un sintomo incomodo, perchè prolunga e complica quasi sempre la cura, anche quando si risolve; e quando suppara, può produrre gli accidenti da' quali gli ascessi sono spesso seguiti.

Cura. — Per prevenire i bubboni, bisogna che gli ammalati stiano in riposo per quanto sia possibile ed evitino tutte le cause di eccitamento. Se malgrado queste precauzioni, un bubbone si sviluppa, è stato raccomandato l' uso di diversi mezzi per farlo abortire. Dessi sono; i refrigeranti, la compressione, la cauterizzazione ed i mercuriali. Le applicazioni del ghiaccio sono capaci qualche volta di arrestare lo sviluppo del bubbone; altra volta hanno prodotto un effetto contrario. La compressione è preferibile; essa sarà praticata mediante le strisce e le compresse, ma mai tanto forte da eccitare il dolore. Altri autori vantano la incisione sottocutanea, i setoni e la cauterizzazione col ferro rovente, con i caustici potenziali; questi mezzi però sono irrazionali allo sviluppo della malattia, e quasi sempre impotenti. Il Signor Malapert, e poi il Signor Reynaud hanno raccomandato un metodo meno barbaro e più efficace. Consiste nell' applicazione di un vescicante nel centro del bubbone della grandezza di una moneta di uno o due franchi, poi si applicherà sulla superficie spogliata dal derma un cuscinetto pregno di una soluzione di sublimato (1 gramma 10 centigramme in 30 gramme di acqua); questo cuscinetto si lascia due ore sulla parte, e quando l' escara è ben formata, si sostituisce da un cataplasma emolliente con qualche goccia di laudano. Caduta l' escara si ripete la stessa applicazione se fia d' uopo. In generale, il bubbone si risolve prontamente; pur tuttavia il Signor Ricord non ha ottenuto con questo metodo que' successi che altri loro hanno attribuito; quindi preferisce la compressione di cui abbiain fatto parola, ed i mercuriali, quando nessuna controindicazione si oppone al loro uso. Dopo Swédiaur ed Hunter, tutti hanno conosciuto che le frizioni praticate agl' interfe-mori o in vicinanza delle parti ammalate sono il miglior metodo per amministrarre i mercuriali onde combattere i bubboni inguinali. Il Signor Ricord si loda molto, quando i bubboni sono indolenti e poco infiammatori, dell' applicazione sul tumore istesso di un vescicante, spalmato due volte al giorno con 2 gramme di unguento mercuriale doppio, il tutto coperto da un cataplasma di farina di segala.

Moltissimi bubboni però i quali offrono al loro sviluppo un carattere flemmonoso; debbono essere curati a principio cogli antiflogistici; le sanguisughe, i bagni, i cataplasmi emollienti rappresentano la prima parte. Torna necessario moltissimo di applicare le sanguisughe sulle parti vicine, ma mai sul tumore, specialmente quando il bubbone è quasi vicino alla suppurazione; dappoicchè, se è virulento, spesso accade che appena aperto il pus s'inocula nelle morsicature delle sanguisughe, e le trasforma in ulceri. Subito che la suppurazione è ben stabilita, alcuni tentano lo assorbimento del pus mediante la compressione. La maggior parte però si affrettano ad evacuare il fluido morboso: gli uni incidono largamente il focolaro; altri allo esempio del Signor Blanche, di Rouen, fanno con un bisturi a lama stretta o con una lancetta, molte punture che si manterranno aperte mediante la filaccia, punture a traverso le quali, il pus scola lentamente. In questi ultimi tempi, un chirurgo de' più distinti della marina, il Signor Giulio Roux à proposto (*Archives de 1846*) di pungere gli ascessi di cui è parola o con un tre quarti molto affilato o con una sonda scanalata terminata a guisa di lama, e dopo aver vuotato il focolaro; iniettare nel suo interno una soluzione di iodo (acqua distillata 60 gramme, tintura di iodo 30 gramme). Il Signor Roux afferma che il suo metodo non solo è esente da qualunque accidente, ma modifica la infiammazione in modo che in quattordici giorni ottiene la cicatrizzazione delle parti. Questi risultati meritano di essere considerati. Molti medici per l'apertura de' bubboni suppurati preferiscono i caustici; gli uni impiegano la potassa caustica di Vienna; altri in maggior numero preferiscono la cauterizzazione di piccoli fondicoli fatti col ferro rovente. I signori Malapert e Reynaud hanno anche raccomandato il loro metodo mediante il quale assicurano di poter produrre lo assorbimento del pus o la sua uscita mediante una specie di traspirazione.

Il bubbone indurato ed indolente dovrà essere curato coi vescicanti ed i mercuriali in pillole, in frizioni, in impiastri, mezzo che tosto è sostituito dalla compressione. Il Signor Reynaud preferisce quest'ultima; seguendo lo esempio del dottor Henrolay, d'Anvers, la esercita con i mattoni caldi, cioè con i mattoni riscaldati sino ad un punto in cui gli ammalati possono sopportarli. Si circondano con una compressa, e si sostengono con una fascia adattata, e si rinnovano dopo alcune ore, perchè si è conosciuto che il calore era una condizione importantissima per l'esito felice.

Esistono però alcuni ingorghi ganglionari i quali resistono a tutte le cure razionali impiegate contro di essi; allora bisogna cercare se siano sostenuti da vizio scrofoloso: in questo ca-

so, s'impiegherebbero le pomate di iodo, gli amari, i tonici, ed un regime adatto. Quelli che sono ribelli a tutti i mezzi fondenti, risolutivi, debbono essere estirpati con uno strumento tagliente, o distrutti con i caustici, specialmente colla pasta di Vienna; questi mezzi però non saranno impiegati che in casi estremi, in ragione delle cicatrici viziose che ne sono il risultato. Prima di ricorrere a questi mezzi, bisogna tentare il metodo vantato, in simili casi dal Signor Baumès; consiste nell'uso delle pillole di calomelano o della polvere di cicuta (di ciascuno 2 gramme col sapone medicinale; fare 36 pillole, che si amministrano da 3 a 12 in ciascun giorno), convalidate dalle frizioni e dagli empiastri fondenti.

Il passato sotto silenzio lo sviluppo delle ulceri alla superficie de' bubboni, perchè il metodo di cura che abbiamo raccomandato per le ulceri primitive conviene anche per queste.

DE' TUBERCOLI PIANI O PUSTOLE UMIDE, PUSTOLE PIANE, MUCOSE

Questo sintomo sifilitico è caratterizzato da piccole protuberanze quasi lenticolari, sparse in un numero variabile sullo scroto, al perineo, al margine dell'ano, sulle natiche ed alla parte superiore interna delle cosce. Spesso confluenti, formano tosto su queste parti larghe piastre di un colorito rosso oscuro o di rame, senza ulcerazione; però la loro superficie umida untuosa, esala un odor particolare. In quelli che trascurano la nettezza o che si abbandonano agli eccessi della tavola, questi tubercoli si screpolano, e si escoriano; allora avvi un gemito abbondante di un fluido sero-sanguinolento, il cui odore è anche più penetrante, dispiacevole. Questi tubercoli in tal guisa escoriati esistono specialmente allo intorno dell'ano; spesso sono descritti sotto il nome di *ragadi*, parola sotto la quale si comprendono ancora le piccole ulcerazioni lineari, specie di fenditure le quali si nascondono nelle pieghe raggianti del margine dell'ano. Qualunque sia la loro forma, i tubercoli mucosi raramente danno luogo a' sintomi di reazione; essi producono qualche volta un leggiero ingorgo inguinale, ma raramente i bubboni.

Più comuni nella donna ed in quelli mal propri, i tubercoli mucosi si sviluppano sei, otto ed anche quindici giorni dopo il coito. In generale sono poco ostinati, e cedono spesso ad una cura puramente locale.

Cura. — Le parti saranno lavate colle decozioni emollienti e poscia colle acque risolventi ed astringenti, come l'acqua bianca, le soluzioni di solfato di zinco, di rame, di cloruro di calce o di soda (60 a 180 gramme in 500 gramme di acqua)

o coll' aceto aromatico siccome il Signor Hardy lo à praticato mille volte. Si còvriranno con una pezzolina untà di cerato semplice o di Goulard, di cerato oppiato se sono dolorose, o meglio ancora colla pomata di calomelano, (sugna, 30 gramine; calomelano 10). Oltre a questi mezzi bisognerà amministrare internamente i mercuriali.

In che luogo si debbono classificare i tubercoli piani? I tubercoli piani sono considerati da alcuni come un sintomo di sifilide primitiva; altri, e specialmente il Signor Ricord, ne formano un accidente secondario ed una prova di sifilide costituzionale; crediamo che possono essere l' uno e l' altro. In fatti, i tubercoli mucosi si trasmettono da un individuo all' altro nell'atto del coito, e costituiscono qualche volta il *solo sintomo primitivo* al quale possono succedere gli accidenti d' infezione generale. Altre volte poi, i tubercoli mucosi si manifestano posteriormente alla comparsa delle ulcere o delle blenorragie, e sembrano allora lo effetto della infezione generale; è desso forse il caso più comune. Oltre a ché i tubercoli mucosi somigliano all' ulcera in quanto che, come essa, possono trasmettersi col contatto, siccome ciò à luogo frequentemente nell'atto del coito; ma ne differiscono perchè non sono suscettibili d' innesto. Numerosi fatti però e molto ben osservati àno provato che possono propagarsi per via ereditaria. Abbiamo detto più sopra che i tubercoli mucosi potevano trasmettersi col contatto; aggiungiamo che un individuo colpito da questo sintomo primitivo può trasmettere solamente questo ad un individuo sano e mai un' ulcera. Ecco perchè non sapremmo ammettere col Signor Ricord che il tubercolo mucoso abbia necessariamente per punto di partenza un' ulcera che esisterebbe con esso nello stesso individuo, o che troverebbesi nello individuo che a comunicato il contagio.

In tutti i casi, il tubercolo piano è una lesione con caratteri ben distinti, e che non può essere confusa con alcun' altra, se non che con questa varietà di ulcera che abbiamo chiamato *ulcus elevatum*; bisognerebbe perciò che fosse affatto isolato: ciò forse non à mai luogo.

DELLE VEGETAZIONI

Quantunque le vegetazioni siano quasi sempre un accidente consecutivo della sifilide, crediamo però doverle collocare in questo luogo perchè è dimostrato, specialmente dalla pratica del Signor Lagneau, che possono come i tubercoli piani, costituire un accidente primitivo, e che sono allora suscettibili di trasmettersi pel contagio; però non possono innestarsi colla lancetta, come non possono innestarsi le *pustule mucosae*.

Le vegetazioni sono certe escrescenze particolari le quali nascono sulle mucose e sulla pelle che sono state in contatto col virus venereo: quindi si osservano sul prepuzio, sul ghiande e sulla verga, alla vulva, nella vagina, nell'utero, al margine dell'ano, nel retto, nella bocca e sin anche sui pilastri del veleno palatino in coloro dati in preda a certe pratiche vergognose. Quando si manifestano come accidente primitivo, compariscono dall'ottavo al ventesimo giorno dopo il coito. Quando hanno luogo come accidente consecutivo, ciò succede dopo un tempo più lungo, come molti mesi o molti anni dopo la guarigione degli accidenti primitivi.

Le vegetazioni nascono comunemente senza eccitare alcuna sensazione dolorosa nelle parti che ne sono state la sede. Sono sessili o peduncolate; il loro numero ed il loro volume sono variabilissimi; qualche volta ne esistono solamente due o tre, in altri coprono tutto il ghiande e distendono il prepuzio, che infiammano e perforano. Nella donna non è raro vedere occupare tutto l'orificio della vulva ed una parte della vagina. Queste escrescenze, di un colorito più o meno vivo, hanno un aspetto variabile; le une presentano una superficie granulata, piana e convessa, il che dà loro una certa simiglianza alla fragola o al framboasso, altre hanno una forma bitorzoluta e che simulano benissimo i porri che nascono sulle mani di certi individui. Queste specie di vegetazioni, volgarmente chiamate *porracee*, hanno una superficie epidermica screpolata, di un colorito bianco giallastro, ed hanno un volume di un granello di canape. Molte altre sono peduncolate, e presentano un tronco unico dal quale si diramano moltissime branche simili ad un cavolfiore, al quale sono state giustamente paragonate. Quando il loro sviluppo è oppugnato da qualche pressione estrema che le rende piane, come di frequente osservasi al perineo ed al contorno dell'ano, allora sono allungate, levigate o troncate, e simulano la forma delle *creste di gallo*. In queste si osservano pure quelle protuberanze dure, rotonde, piane, quasi senza cambiamento di colorito della pelle, e che chiamansi *condilomi*. Tutte queste vegetazioni sono in gran parte poco sensibili; altre poi hanno una squisita sensibilità. Sulle mucose, queste escrescenze sono umide, friabili, facilmente gemono sangue, e sono bagnate da una esalazione muco-purulenta; quelle però che hanno sede sulla pelle sono secche, dure e qualche volta cornee.

Le vegetazioni durano per un tempo indefinito; cedono raramente senza il soccorso dell'arte, qualche volta poi si fanno pallide, si appassiscono, e cadono da loro stesse.

Diagnosi. — La loro diagnosi è quasi sempre facile; quelle che hanno sede alla corona dell'ano sono spesso confuse dalle persone inesperte coll' emorroidi o le marsiche; nel precedente

volume però abbiamo fatto conoscere il modo di facilmente stabilire la loro diagnosi differenziale (Vedi *Emorroidi*). Le vegetazioni che si sviluppano sul ghiande incomodano, comprimono, infiammano talmente i tessuti sur i quali nascono da renderli scontraffatti, e far credere spesso una degenerazione carcinomatosa: in alcuni casi gli accidenti, il corso della malattia ed i sintomi attuali sono anche insufficienti per illuminare il medico, e bisogna necessariamente ricorrere alla cura mercuriale, come mezzo diagnostico; il mercurio recherà vantaggio se la lesione è di natura venerea; tornerà poi inutile se sarà cangrenosa.

Certi non attribuiscono alcun valore semiotico alle vegetazioni. Il signor Ricord in fatti dice che esse non provano nè la infezione recente, nè la esistenza di un avvelenamento generale; e sotto il pretesto di poter nascere spontaneamente sotto la influenza di una irritazione o di un eccitamento qualunque, loro sembrano una conseguenza fortuita delle irritazioni locali prodotte dagli accidenti primitivi anzichè da un effetto specifico. Questo ragionamento sarebbe forse giusto se si trattasse di congiuntivite, sulla quale si veggono nascere in fatti le vegetazioni affatto spontanee; non succede così degli organi genitali e della corona dell'ano; e senza oppugnare che le vegetazioni possono nascere su queste parti sotto la influenza di un semplice eccitamento, crediamo però che questo caso sia talmente raro che non saprebbe modificare il giudizio del medico; in fatti, questo vedendo sugli organi genitali dell'uomo e della donna le vegetazioni che abbiamo descritte, dovrà credere una sifilide primitiva, e più spesso la esistenza di una sifilide costituzionale.

Cura. — Le vegetazioni saranno distrutte col caustico o col lo strumento tagliente. Quest'ultimo mezzo conviene specialmente quando le escrescenze sono peduncolate. In quelli pusillanmi, si potrebbero ligare. Checchè ne sia, bisogna sempre cauterizzare il loro punto d'inserzione, se non si vogliono vedere ripullulare. Per distruggerle, si servono del nitrato di mercurio, dell'allume, della polvere di foglie di sabina, del sublimato, ec. La cura mercuriale influisce poco sulle vegetazioni; però bisogna amministrarla specialmente quando le vegetazioni si mostrano come sintomo consecutivo.

DELLA SIFILIDE COSTITUZIONALE (LUE VENEREA)

Il virus sifilitico assorbito, portato nel torrente della circolazione, e trattenuto nella economia, può dopo un tempo più o meno lungo d'incubazione, determinare diversi accidenti indicati sotto i nomi generici di *sifilide consecutiva, confermata*, o meglio di *sifilide costituzionale*. Questi numerosissimi accidenti si osservano spesso sulla pelle o sopra alcune membrane muco-

se, sulle quali si sviluppano diverse eruzioni, ulcerazioni e vegetazioni; sul tessuto cellulare nascono molteplici ascessi; il tessuto fibroso si gonfia e suppara, il tessuto osseo addiviene la sede di particolari dolori, esostosi, carie o necrosi. In fine il virus sifilitico si trasporta in modo particolare verso certi organi specialmente le tonsille, le quali si gonfiano e si ulcerano; il testicolo, si gonfia e addivien duro, l'iride s'infiamma. Volendo prestar fede a certi autori, il virus sifilitico potrebbe pure determinare gravi alterazioni su molti organi importanti, come i polmoni, lo stomaco, il fegato, i reni, il cervello, i vasi, e lo stesso cuore; oggi però è dimostrato che nessuna di queste opinioni è fondata. E pur cosa dubbia se il virus sifilitico possa manifestare solamente i suoi effetti con disturbi funzionali gravi senz'alterazione de'tessuti, come il dimagrimento, la debolezza e la febbre etica. Questi accidenti si manifestano solamente in quelli i quali sono colpiti da gravi lesioni de'tessuti e specialmente dalle ulceri e dalle carie, che sostengono abbondanti suppurazioni. Queste cause d'indebolimento, unite spesso alla lunghezza di una cura mercuriale, producono finalmente uno stato cachettico (*Cachessia sifilitica*), cioè il dimagrimento, lo scolorimento, le ecchimosi, l'infiltramento delle membra, l'abbattimento morale, accidenti, i quali riuniti ad estese alterazioni, alle trasformazioni organiche, o alle mutilazioni, imprimono a questi esseri un aspetto spaventevole, disgustante. In tutti i casi, uno de' primi effetti della diatesi sifilitica consiste; siccome lo à provato il signor Ricord, in una tale alterazione del sangue, che lo elemento globulare di questo fluido è diminuito e a toccato spesso il minimum che osservasi nell'anemia.

Un chirurgo distinto di Lione, il Signor Diday à pubblicato, nel 1846, nella *Gazette médicale*, un interessante lavoro, tendente a stabilire che gl'individui i quali avevano sofferto un'ulcera o una blenorragia sono spesso colpiti da certi incomodi accidenti i quali non àno niente di sifilitico, e che molti ammalati e molti medici considerano e curano come tali. Quindi sono gli arrossimenti e le screpolature alla corona dell'ano, gli arrossimenti nella retro-bocca e nella faringe, le ulcerazioni della lingua e delle labbra, le eruzioni vescicolari sul ghiande, sul prepuzio e sulla vulva. Non ci dilungheremo di molto su questo soggetto, atteso che questi sintomi non àno nulla di specifico, e cedono ad una cura locale mediante gli astringenti o il nitrato di argento. Oltre a che non siamo convinti che questi accidenti colpiscano solamente gl'individui che àno sofferto una sifilide primitiva, e crediamo difficilmente che se non sono venerei, abbiano, come accidente forzato, un'ulcera o una blenorragia.

Allorchè la sifilide costituzionale si manifesti, è necessario un assorbimento di virus venereo. Secondo il Signor Ricord, questo assorbimento non potrebbe aver luogo se non che alla superficie di un'ulcerazione: ammette pure che l'ulcera è lo accidente necessario, obbligato della sifilide costituzionale. Però molti fatti depositano contro la opinione esclusiva del Signor Ricord; in fatti abbiamo dimostrato precedentemente che la blenorragia uretrale o prepuziale, non complicata da ulceri, poteva essere seguita da segni d'infezione, lo stesso può aver luogo ne' tubercoli mucosi e nei bubboni improvvisi. Aggiungeremo pure che il pus venereo può penetrare nella costituzione senza produrre alcun effetto primitivo. Quindi si osservano frequentemente nella pratica gli adulti colpiti da sifilide costituzionale senza che abbiano mai presentato alcun accidente di sifilide primitiva. Bisogna allora prestar fede alla testimonianza degli ammalati, quando sono individui attenti, abituati ad osservarsi, e se si sospettano capaci di mentire o di dissimulare non bisognerebbe attendere. Però i fatti di questo genere sono oltre modo rari, e siccome lo dice Hunter, per un individuo il quale contrae la infezione generale senza aver sofferto accidenti primitivi, ve ne sono cento i quali la contraggono dopo una gonorrea; e per uno che si trova in quest'ultimo caso, ve ne sono cento i quali hanno un'ulcera come antecedente. Dunque l'ulcera, tra tutti gli accidenti primitivi, è quella che determina il più delle volte la sifilide costituzionale. A cose eguali d'altronde, è probabile che debba esservi un esatto rapporto tra il numero degli accidenti primitivi e la gravezza ed il numero de' sintomi consecutivi. In fatti si comprende che se un individuo ha quattro ulcere sul prepuzio, dopo un certo dato tempo, bisognerà assorbire maggior quantità di virus di quello che ne soffre una sola, e che per conseguenza la infezione dovrà essere molto più pronta e più completa in questo: ecco perchè la pratica della inoculazione, applicata alla diagnosi delle malattie veneree, è pericolosa, poichè deve aumentare i dati d'infezione generale, moltiplicando le superficie di assorbimento virulento. Conosco che il Signor Ricord sostiene una opinione contraria; ma non la giustifica con alcun fatto, e noi abbiamo in favor della nostra l'induzione fisiologica.

Si è molto discusso onde conoscere la via per la quale il virus sifilitico penetrava nella economia, ed in che modo spiegava la sua influenza su di essa, prima di determinare gli accidenti consecutivi. Molte ipotesi sono state stabilite a quest'oggetto che torna superfluo menzionare e combattere. Diremo solamente che il virus forse assorbito dalle vene e specialmente da' linfatici, come i bubboni istantanei lo dimostrano, si misciava in seguito al sangue, lo altera in modo sconosciuto, e lo

rende capace di produrre successivamente o simultaneamente su molti organi alcuni accidenti differenti per la forma, ma di natura identica; ciò costituisce la *diatesi sifilitica*. Nessuno dubita in questo caso che il principio tossico possa essere eliminato da qualche emontuoio; ciò spiegasi perchè tutti gl'individui colpiti da ulcera, e mal curati, non sono in seguito colpiti da sifilide costituzionale. Però nella maggior parte de' casi, questa si manifesta sopra uno o molti punti del corpo. Allora è probabile che alcune cause accidentali abbiano spinto la diatesi a manifestarsi con qualche segno; quindi è che osservasi qualche volta gli accidenti sifilitici manifestarsi dietro una malattia acuta, le fatiche eccessive ed un disturbo qualunque sopraggiunto nella costituzione, o pure quando le condizioni igieniche, an cambiato bruscamente; quindi molte sifilidi si manifestano in quelli che abbandonano i climi caldi per abitare i paesi umidi e freddi, ed in coloro i quali cadono nella miseria e soffrono i dispiaceri. Altre volte un movimento flussionario, il quale si stabilisce spontaneamente sopra un organo o sopra un tessuto, determina la diatesi a manifestarsi su questo punto. In fatti, quante volte non vediamo una coriza ulcerosa succedere dietro una coriza semplice; uno slocamento, un colpo, determinare le periostosi, le carie veneree, ec.

I nostri organi, i nostri tessuti sono in oltre inegualmente colpiti da sifilide costituzionale; ciò non può spiegarsi mediante alcuna particolarità dell'organismo; però Hunter lo spiega per la influenza del freddo. Questo gran chirurgo in fatti à osservato che le parti che contraggono più facilmente e più prontamente l'azion venerea erano quelle le quali sono più in contatto coll'aria esterna; quindi egli spiega perchè la pelle, le tonsille, la faringe, il naso, la bocca, sono più spesso affette da sifilide delle parti profonde, che il periostio e le ossa. Il modo con cui sono colpite consolidano l'opinione di Hunter: quindi l'azion morbosa si esercita prima sulle ossa più superficiali come le ossa del cranio, quelle del naso la clavicola, il cubito: queste diverse parti non si mostrano neppure affette in tutti i loro punti alla stessa epoca, ma lo sono dapprima in quelli più vicini alla superficie esterna; e su i quali l'applicazione del freddo sulla pelle esercita la influenza simpatica la più possente. Però la spiega che Hunter dà per convincersi della frequenza dei sintomi venerei nelle parti superficiali non possiede forse tutta la importanza che le attribuiva; perchè il fanciullo il quale è stato infetto nel seno materno, e per conseguenza al coverto di qualunque influenza esterna, provò non pertanto i soli accidenti della pelle, e qualche volta ancora delle membrane mucose, come nello adulto; ciò porterebbe a pensare che avvi in questi tessuti una particolar predisposizione ad

essere colpiti dal virus, indipendentemente dalle circostanze esterne. In ragione di questa ineguaglianza nella suscettività dei nostri tessuti ad essere colpiti dalla sifilide costituzionale, G. Hunter à ammesso due periodi nella malattia: nel primo, la sifilide occupa le parti superficiali (pelle mucosa); nel secondo, più complicata e più grave, si estende alle parti profonde, per esempio, alle ossa. Questi ultimi accidenti sono chiamati *terzeneri* dal Signor Ricord, perchè si manifestano quasi sempre, lungo tempo dopo un sintomo primitivo (ulcera, blenorragia, ec.), e dopo la manifestazione degli accidenti *secondari* i quali si manifestano sulla pelle o sulle mucose. Questa successione ne' fenomeni è molto ordinaria, ne conveniamo, però possiamo dire con certezza che non è costante.

Il periodo d'incubazione, cioè il tempo che passa tra i sintomi primitivi e la manifestazione degli accidenti conseguenti è variabilissimo; può essere di alcune settimane, ed allora i segni d'infezione si manifestano spesso prima della guarigione degli accidenti primitivi. Però il più delle volte esiste un intervallo di molti mesi o anche di molti anni. Molto si è discusso per sapere in quale punto del corpo si era nascosto il virus sifilitico ed a quali metamorfosi era stato sottoposto, però queste quistioni sono oziose e perciò le passeremo sotto silenzio. È certo che il virus rimane allora nel sangue; e ciò spiega il perchè la donna la quale concepisce durante la incubazione può trasmettere la sifilide costituzionale al suo figliuolo. Si è pure pensato, che un uomo infetto, senza nulla trasmettere alla moglie, poteva procreare un feto infetto, da sifilide in seguito di un avvelenamento che lo sperma avrebbe subito. Questo fatto, alla possibilità del quale Hunter non prestava fede, è disgraziatamente vero; il Signor Cazenave ne cita molti esempi. Oltre a che il feto essendo infetto, l'azion venerea spiega la sua influenza dopo un'epoca più o meno lontana dal concepimento: spesso il feto perisce, ed allora è espulso immaturo; il suo corpo è dimagrato, e quasi sempre coperto di macchie, di croste, e di pustole. Se il fanciullo tocca al suo termine, nasce spessissimo con tutte le apparenze di una buona salute; ad un'epoca che varia tra la terza e la quarta settimana, i sintomi sifilitici si manifestano. Questi consistono soltanto in alcune eruzioni cutanee ed in alterazioni della bocca, della gola, del naso; ma non si veggono forse mai i tubercoli alla pelle nè le esostosi o le periostosi, e forse manca un esempio, che il tessuto cellulare, il testicolo e l'iride abbiano presentato le alterazioni che si spesso si osservano negli adulti.

Da ciò che abbiamo detto, chiaro risulta che la sifilide costituzionale è trasmissibile al feto; però si è negato che potesse comunicarsi dopo la nascita del fanciullo come gli acci-

denti primitivi, cioè col contatto e colla inoculazione. Questo è pure un errore, perchè è costante che il neonato colpito da sifilide costituzionale contratta nel seno materno può trasmetterla alla sua nutrice o ad altri fanciulli coi quali dorme o sta in contatto in qualunque modo: questo fatto abbenchè negato da Hunter, ci sembra non pertanto incapace di essere oppugnato. Quindi la impossibilità del contagio degli accidenti sifilitici consecutivi non si applica, secondo noi, se non che a quelli i quali non sono congeniti. Escludiamo però le pustole umide e le vegetazioni, sintomi i quali possono essere primitivi e consecutivi nello stesso tempo, e che nel primo caso, se non in tutti due, sono trasmissibili mediante il contatto, senza essere inoculabili colla lancetta. È pure provato che nessuno degli umori naturali o morbosi di un individuo affetto da sifilide, come il pus, la saliva i sudori, la bile e lo stesso sangue possono contaminare i tessuti sui quali si depositano; il loro innesto offre egualmente risultati negativi. Però sono state stabilite due eccezioni per lo sperma e pel latte; quindi mille volte sono state vedute le nutrici colpite da infezione, senza fenomeni esterni, trasmettere la sifilide a' bambini, ed abbiamo parlato poco fa che anno altra volta sofferta la sifilide, e che guariti apparentemente, anno purtuttavia procreato i fanciulli i quali nascevano infetti. Aggiungiamo però che supponendo che il latte e lo sperma siano virulenti, sono non per tanto incapaci di riprodurre la sifilide mediante il contatto o la inoculazione; però il primo è attivo in quanto che serve alla fecondazione soltanto, il secondo alla lattazione. Il pus delle ulcere veneree consecutive, non solamente non può innestarsi, ma il suo assorbimento non è quasi mai seguito dallo ingorgo de' gangli linfatici vicini.

Sembrerebbe *a priori* che un individuo colpito da sifilide costituzionale non potesse essere affetto localmente dagli accidenti primitivi; però sarebbe un errore, perchè moltissimi fatti dimostrano, per lo contrario, che un uomo colpito da sifilide consecutiva è capace di contrarre una blenorragia o le ulceri, e che lo innesto produce in esso gli stessi risultati di quelli che à negl' individui validi. Merita pure molta considerazione vedere che la malattia recente siegue negl' individui il suo corso ordinario, e che gli accidenti consecutivi ne sono raramente aggravati.

Cura. — La sifilide costituzionale può guarire spontaneamente; purtuttavia la cosa è rara, e possi stabilire per regola generale che gli accidenti che la caratterizzano durano indefinitivamente aggravandosi mai sempre, se non vengono combattuti da mezzi analoghi. Si deve dar tosto principio al metodo antisifilitico; perchè ritardandolo si diminuiscono i dati della guari-

gione ; prima però di ordinarlo , bisogna che lo individuo non sia colpito da alcuna malattia acuta o cronica , la quale verrebbe aggravata dalla cura specifica. Lo stato della gravidanza anche avanzata , anzichè formare ostacolo , richiede maggior sollecitudine ; perchè non bisogna dimenticare che tanto più si ritarda più vi sono dati d' infezion pel feto ; spesso succedono , come abbiamo detto gli aborti o i parti prematuri.

Da parte alcuni sognatori il cui nome non forma autorità , tutti conoscono che il mercurio possiede una grande efficacia contro gli accidenti sifilitici costituzionali. Possi accertare che tra i medicamenti vantati contro la sifilide , il mercurio è quasi il solo veramente *specifico*. Dunque dovrà impiegarsi in tutti i casi di sifilide , osservando però certe regole per la sua amministrazione. Quindi bisognerà dare il mercurio internamente per quanto più possibile , e si cercheranno le preparazioni più solubili. Quando lo stato delle vie digestive si oppone all' amministrazione del mercurio per la bocca , s'introduce nella economia per la via della pelle. Allora si farà uso dell' unguento mercuriale doppio per frizioni sulle membra. Questo metodo però incomodo e sporco , è in oltre il grave inconveniente di eccitare più di qualunque altro la salivazione. Qualunque sia la preparazione ed in qualunque modo s'introduca nella economia , bisogna sempre incominciare colle piccole dosi ; poichè è conosciuto che le dosi forti agiscono poco sul virus e molto più sulla costituzione , che alterano. Dopo *sperimentato* la suscettibilità dello individuo sotto l' azione del mercurio , si aumenterà la dose ; questo aumento avrà luogo sempre al settimo o ottavo giorno soltanto : bisogna pure , quando gli accidenti si ammansiscono , fermarsi alla dose che li ha diminuiti e non oltre progredire nella dose del mercurio se non quando la malattia rimane stazionaria. Se il mercurio produce la salivazione , bisogna tosto sospenderlo e non riprenderne l' uso se non quando questo accidente è completamente cessato : allora , per prevenire lo stesso inconveniente , tornerà spesso utile modificare il modo di amministrare il mercurio o adottare un' altra preparazione. Bisogna riflettere che in alcuni , la costituzione si abitua all' azione del rimedio ; allora questo non agisce più sugli accidenti , i quali rimangono stazionari , qualunque la dose del mercurio sia aumentata. In simil caso bisogna sospendere l' uso , o pure cambiare la preparazione , sostituendo per esempio , il sublimato dal ioduro o dal mercurio solubile di Hanemann , cc. In fine , quando nessuna delle preparazioni mercuriali può modificare il corso degli accidenti , bisogna tentare l' uso di qualche altro medicamento. Quindi è stato vantato l' idroclorato di oro e di soda , che si amministra sotto forma di frizione sulla lingua , le gengive ed alla parte interna della faccia , incomin-

ciando da una piccola dose, come 3 a 4 milligramme, mista ad una quantità doppia di polvere inutile: si aumenta sino a 6, 8, 10 milligramme. Questo rimedio lodato da Chrestien, non è però che una efficacia molto dubbia; lo stesso si dica de' sali di argento e di platino, molto raccomandati dal professor Serres di Montpellier (1).

Crediamo che quando il mercurio manca o non può essere amministrato, non si possono sperare buoni effetti che dall'uso di una bevanda sudorifera, come una forte decozione di guaiaco, di salsapariglia, di schina, di sassofrasso, zuccherata collo sciroppo di Cuisnier; si consiglia pure il rob di Laffecteur, le tisane di Feltz e di Pollini, che hanno prodotto meraviglie in alcune sifilidi inveterate. In fine numerosi fatti, raccolti specialmente dal Signor Ricord, hanno provato che il ioduro di potassio poteva essere un buon succedaneo del mercurio, nel secondo periodo della sifilide, specialmente negli accidenti terzani, quando il virus colpisce i tessuti ossei, fibrosi e cellulare. Si amministra il medicamento alla dose di cinquanta centigramme in una pozione che si prende in tre volte (acqua distillata, 90 gramme; ioduro di potassio, 50 centigramme, sciroppo di papavero, 30 gramme); si aumenta di 50 centigramme in ogni decimo giorno, sino alla dose di 50 decigramme, e raramente più (2). In fine ne' casi ribelli a tutti i mezzi, bisognerebbe raccomandare all'ammalato il cambiamento del clima, specialmente se abita in un clima freddo; allora saranno mandati nelle regioni meridionali, dove è conosciuto che la sifilide è meno grave e guarisce più sollecitamente che nel Nord.

In ultimo, è cosa rara dover ricorrere all'uso di un altro medicamento oltre il mercurio, e non ne esiste alcuno più efficace di esso. Le due preparazioni che meritano maggior fiducia, e producono meno frequentemente gli accidenti che si attribuiscono al mercurio, sono il deutocloruro (sublimato) ed il proto-ioduro. Preferiremo il primo, che amministreremo secondo la formula di Dupuytren (sublimato, 9 o 7 milligramme: oppio, 17 o 13 milligramme; estratto di guaiaco, 15 centigramme in una pillola: da prenderne da una o tre al giorno). La forma però più usata sotto la quale si amministra il sublimato è la soluzione conosciuta sotto il nome di liquore di

(1) Dando principio all'amministrazione delle preparazioni di oro si è spesso osservato che gli accidenti sifilitici si aggravavano, e ne comparivano anche de' novelli. Questi fenomeni, non debbono recare alcuna inquietudine; perchè pochi giorni dopo la loro manifestazione, si dice che la malattia siegue un corso rapidamente retrogrado.

(2) Vedi nella *Revue médicale* de 1845 e 1846 una eccellente memoria del Signor Payan d'Aix sull'uso del ioduro di potassio nella sifilide. Questo lavoro è stato coronato dalla Società di medicina di Parigi.

Van-Swieten (sublimato 4 decigramme : acqua distillata , 453 gramme : alcool retificato , 45 gramme) , il quale contiene 2 centigramme . Se ne amministra dapprima un cucchiaino da caffè la mattina a digiuno nel latte o in una bevanda dolce , e si giunge progressivamente ad un cucchiaino da pranzo , mattina e sera . Il proto-ioduro si prescrive , cominciando dalla dose di 5 centigramme , poi si amministra progressivamente sino a 30 centigramme al giorno . Convieni che gli ammalati facciano uso nello stesso tempo , di qualche tisana o sciroppo sudorifero . La maggior parte de' medici costringono gli ammalati sottoposti alla cura mercuriale ad un severo regime dietetico . Da lungo tempo però avendo riconosciuto la inutilità e spesso il pericolo di questa pratica , vi abbiamo affatto rinunciato , perchè pensiamo con Hunter poco importare per l'azione del mercurio sulla sifilide , che lo ammalato faccia un buono pranzo , beva del caffè , del thè ed una buona bottiglia di vino . Raccomandiamo per solo presetto di non commettere alcuno eccesso , di custodirsi dal freddo e dall' umido . Vi sono alcune circostanze in cui un regime tonico , succulento , non solo deve esser tollerato , ma anche prescritto ; tali sono i casi per esempio , in cui gl' individui sono deboli , di costituzione scrofolosa , o anemici : in questi casi si combina pure alla stessa dietetica l' uso de' ferruginosi .

Non possediamo alcuna regola fissa perchè si potesse determinare a quale epoca si deve sospendere l' uso del mercurio ; per regola generale può dirsi che bisogna continuare sempre l' uso del medicamento per lo spazio di una , due , tre , ed anche quattro settimane dopo la completa scomparsa degli accidenti , secondo che questi sono stati più o meno ostinati . Bisogna però por mente che esistono sintomi di sifilide come l' esostosi , che possono durare in modo indefinito , ed anche per tutto il tempo della vita , dopo la guarigione completa della diatesi . Bisogna dunque guardarsi in questo caso , di non prolungar troppo la cura . In generale può dirsi che se per una sifilide primitiva , 30 o 40 centigramme di sublimato sono sufficienti , basteranno 1 o 2 gramme contro gli accidenti terziari di un adulto .

Esistono pure alcune circostanze relative alla cura della sifilide delle donne gravide e dei neonati che convien conoscere ; quindi abbiamo detto esser cosa interessante sollecitare la cura nelle donne gravide colpite da sifilide . Se esistono fenomeni primitivi dipendenti dagli organi sessuali , bisognerà combatterli . anche quando si fosse chiamato al momento del parto , per impedire che il fanciullo , se già non è contagiato , non abbia a contrarre la sifilide nel passaggio , come spesso accade . Con questo scopo si cauterizzeranno le ulcere se esistono e se avvi

blenorragia, la vagina sarà lavata con una forte soluzione di nitrato di argento. Bisogna sempre sospendere la cura mercuriale durante lo stato del puerperio, per riprenderla venti o trenta giorni dopo.

Abbenchè abbiano preteso che il mercurio non passasse nel latte, è certo però che il miglior mezzo di curar la sifilide costituzionale de' fanciulli consiste nell'amministrare il mercurio alla nutrice, anche quando questa non soffre alcun accidente venereo; si avrà cura solamente di amministrarle il medicamento a piccole dosi. Tornerà pure cosa utile agire direttamente sul fanciullo mediante alcuni bagni di sublimato, specialmente se colpito da sifilide (3 o 4 decigramme per ciascun bagno; più tardi da 1 a 4 o 5 gramme). Se vuolsi impiegare il mercurio internamente, si sceglie il sublimato alla dose di 3 o 4 milligramme. Se il fanciullo è affetto, gli si possono amministrare anche 5 o 7.

Ignoriamo il modo di agire del mercurio per guarire il veleno. Lo Neutralizza forse? l'espelle forse dalla economia? o come lo voleva Hënter, agisce forse in virtù della forza stimolante? ecco quel che ignoriamo; ciò ci riguarda poco, dopo che sappiamo che il mercurio è lo specifico della sifilide. Vi sono alcuni però nel secolo attuale i quali, dopo aver negato l'esistenza del virus venereo, hanno spinto lo sragionamento sino a negare la utilità del mercurio, ed alcuni hanno osato dire che il solo mercurio, era causa di tutto ciò che la sifilide produce di tristo. Oggi però nessun uomo ragionevole ammette questa proposizione, troppo contraria alla più volgare osservazione, perchè venga combatterla in questo luogo. Dopo avere indicato la cura che conviene in generale in qualunque sintomo sifilitico costituzionale ci rimane a precisare le indicazioni presentate dagli accidenti particolari: le faremo conoscere trattando di questi ultimi.

DELLE PRINCIPALI FORME DELLA SIFILIDE COSTITUZIONALE

Abbiam veduto che il virus sifilitico poteva affettare molti organi e molti tessuti, e produrvi svariate alterazioni. Per completamente studiarle, le mettiamo sott'occhio successivamente e descriviamo gli accidenti che osservansi verso la pelle e le membrane mucose, verso l'iride ed i testicoli, finalmente verso il tessuto cellulare osseo e fibroso.

DELLE SIFILIDI

Sotto il nome di *sifilidi*, si comprendono le affezioni cutanee di diverse forme prodotte dall'azione del virus venereo sul tegumento esterno.

Questa forma di sifilide, indicata sin dall'epoca assegnata alla pretesa invasione della sifilide in Europa, descritta quasi sino a' giorni nostri sotto il nome di *pustole*, fu secondo Alibert il *trattato più rilevante* del secolo XV. Solo dopo i lavori di Willan e Batman è stata convenevolmente descritta, e specialmente dopo quelli di Bielt, le cui idee sono state riprodotte da due de' suoi allievi più distinti; i signori Schedel e Cazenave. Finalmente poco tempo dopo quest'ultimo medico, ricco di moltissimi fatti, e mettendo a profitto alcuni lavori speciali sulla sifilide dovuti ai signori Röhier, Martin e Legendre, ha pubblicato una monografia, ove la storia delle sifilidi è stata data nel modo più completo. Aggruppate per lungo tempo secondo la forma delle eruzioni, le sifilidi lo sono oggi per le lesioni elementari che costituiscono. Perciò ne hanno distinto sette specie cioè; *sifilidi esantematiche, vescicolari, bollose, pustolose, papolose, tubercolose, squamose*.

Le sifilidi hanno per caratteri comuni: un colorito *rosso di rame*, o simile, secondo Falloppio alla carne di presciutto. Però a parer di Cazenave, vi sono alcuni casi in cui il rosso di rame manca affatto, e però avvi sempre anche in questo caso, un colorito speciale impossibile a definirsi con una parola conosciuta. Questo colorito, che varia dal rosso di rame al grigio, presenta in mezzo a questi due termini una tinta grigiastria, fosca, oscura, che costituisce realmente il fondo di questo colorito speciale che si conosce facilmente, ma che non si descrive affatto, e che può chiamarsi col Signor Cazenave *colorito sifilitico*. Il secondo carattere comune delle sifilidi è la tendenza massima che hanno a prendere una forma circolare. Oltre a che, non si presentano mai con uno stato specchiatamente acuto, ed hanno un corso pure ordinariamente cronico; di rado determinano il prurito, ed offrono una grande tendenza ad ulcerarsi. I sintomi particolari variano in seguito secondo la forma della eruzione.

1.° *Sifilide esantematica*. — Il Signor Cazenave ne distingue due varietà: la prima, chiamata *rubecola sifilitica*, è caratterizzata da macchie di un colorito rosso di rame, leggermente confluenti, che spariscono lentamente mediante la pressione, occupando il tronco e le membra, comparendo spon-taneamente nel corso de' sintomi primitivi, precedute qualche volta per uno o molti giorni da mal'essere ed anche da feb-

bre, e più di sovente, secondo il Signor Cazenave, da dolori vaghi, acuti qualche volta nelle membra, e da un angina accompagnata da colore, aridità e tinta violacea della membrana mucosa; qualche volta si osservano pure sulle tonsille una o molte ulcerazioni caratteristiche, ma poco profonde. Questa eruzione, ch'è una delle forme più rare delle sifilidi, può essere efimera e scomparire dopo molti giorni, lasciando al suo posto una tinta grigiastrea che dura spesso molti mesi; in generale però a un corso lento. La sua durata è raramente minore di tre o quattro settenari, purchè abbia luogo nel corso o poco dopo la fine degli accidenti primitivi; se si manifesta molto dopo la primitiva infezione, dura parecchi mesi.

La seconda forma di sifilide esantematica ammessa dal Signor Cazenave è l'*eritema papoloso*, caratterizzato dalle piastre che non oltrepassano il volume di un franco, e spesso più piccole. Esse sono rotonde, leggermente protuberanti, di un colorito grigio-brunastro; non spariscono che incompletamente colla pressione, e terminano per delitescenza o per risoluzione. Questa eruzione si sviluppa quasi sempre senza prodromi; occupa in preferenza le membra, e specialmente le braccia; spesso efimera, comparisce, e sparisce senza accompagnarsi a prurito. L'eritema papoloso sifilitico, il quale non dura che uno o due settenari, non è stato mai osservato dal Signor Cazenave che accompagnando o seguendo da vicino i sintomi primitivi.

Ravvicineremo alla sifilide esantematica certe macchie chiamate *macole* o *esfelidi sifilitiche*, macchie più o meno rotonde di un colorito rame carico, di 3 o 4 centimetri di diametro, non confluenti, che spariscono completamente sotto la pressione, disseminate sul tronco, sulle membra; alla faccia, qualche volta leggermente pruriginose. Esse si risolvono in due modi soltanto: o per risoluzione e per desquamazione, e non esulcerano mai.

2.^o *sifilide vescicolare*.— Questa forma la più rara è stata ben descritta dal Signor Cazenave, il quale dice potersi presentare su tutte le forme che corrispondono alle semplici eruzioni. Quindi ora si manifesta con vescichette rotonde, globulari, di un certo volume, isolate, come nella varicella; ora comparisce sotto forma di piccoli dischi o anelli come nell'erpete; altre volte in fine, le vescichette più numerose, sono disposte a guisa di gruppi irregolari, e disseminati come nello eczema. La eruzione presenta sempre la tinta sifilitica che la fa distinguere facilmente. Dopo il distaccamento, rimangono alcune macchie che hanno i caratteri delle macole sifilitiche già descritte.

3.^o *Sifilide bollosa*.— La sifilide bollosa si presenta colle due forme conosciute, colla forma del pemfigo e con quella della rupia. Il pemfigo sifilitico sin ora è stato solamente osservato

ne' neonati; abbiamo già detto (tom. 1.º articolo *Pemfigo*) che il Signor Paolo Dubois considerava come di origine sifilitica le bolle pemfigoidi delle quali sono coverti i piedi e le mani di alcuni fanciulli appena nati. Il Signor Cazenave partecipa di questa opinione: eleveremo però anche in questo luogo i dubbi che elevammo altrove; dappoichè sebbene i fanciulli che presentano questa eruzione in generale periscono poco tempo dopo il loro nascimento, nulla di meno non si osserva in essi alcun segno di sifilide congenita, e non presentano specialmente quella pelle appassita, quell'aspetto di vecchiezza, quello stato generale sì distinto che presentano spesso i neonati quando sono realmente affetti.

La rupia sifilitica è una forma rarissima di eruzione venerea. Essa è caratterizzata da larghe holle, poco distese, molto regolarmente arrotondate, circondate da un' areola color di rame, ripiene di un liquido più denso al centro che alla periferia. Queste croste coniche sono circondate da un cerchio violaceo il quale si esulcera. Le soluzioni di continuo, guarando lasciano indelebili cicatrici.

4.º *Sifilide pustolosa*.— Questa forma è comunissima, e si manifesta ordinariamente molti anni dopo la guarigione degli accidenti primitivi. Le pustole non offrono sempre lo stesso aspetto; qualche volta sono piccole, strette, colla base dura, di un colorito rosso fosco, numerose ed aggruppate. Si possono osservare su tutti i punti del corpo; quindi occupano specialmente la faccia e la fronte, e simulano l'*acne rosacea*. Si associano ad una leggiera infiammazione, ed hanno un corso lento; finiscono disseccandosi, e quando la crosta di un colorito giallo grigiastro cade, si rinviene una piccola cicatrice circolare o una semplice macula, ma di rado la ulcerazione. Il più delle volte le pustole che caratterizzano la forma della sifilide che stiamo studiando ora sono più larghe, piane, poco protuberanti e disseminate; la loro base, dura e circondata da una areola rossa di rame esistono specialmente sul petto o sul cuoio capelluto. La crosta, cadendo può lasciare, come per lo innanzi, una cicatrice, o un iniettamento livido, o pure un induramento del derma, o pure le ulcerazioni. Le sifilidi pustolose si mostrano qualche volta co' caratteri dell' *empetigine* disseccata o confluenta. Quest' ultimo costituisce la forma della sifilide chiamata *pustolo-crustacea*, caratterizzata da larghe piastre rosse sulle quali nascono piccole pustole che si confondono rapidamente e si convertono in croste che nascondono le ulcere granulose, con i bordi elevati da una larga areola color di rame affatto caratteristica. Altre volte le pustole, anche più voluminose somigliano perfettamente a quella dell' *eltima* (*eltima sifilitica*). Sono rare, discrete, ed occupano specialmente

le membra; sono differenti dalle pustole dell' *ettima* semplice, specialmente per l'areola color di rame che le circonda, essendo in quest'ultimo di un color rosso di porpora. Le croste dure, nerastre, rotonde, solcate, sono fortemente aderenti, e dopo la loro caduta si trovano le profonde ulcerazioni, con bordi duri, violacei, e tagliati a picco; il loro fondo è grigiastro; pallido; si fanno più grandi, e ricovrono novelle croste e quando guariscono lasciano le cicatrici indelebili. La caduta delle unghie, che osservasi spesso nella sifilide costituzionale, dipende spessissimo dalle pustole e dalle ulcerazioni che distruggono la radice dell'unghia; questa si disecca, addivien nera e cade (*onyxis o unguata sifilitica*).

Ne fanciulli infettati al seno materno, la sifilide si manifesta mediante le pustole, e specialmente colla forma *ettima*. Spesso questi accidenti si manifestano solamente dopo quindici giorni, tre o sei settimane dopo la nascita; altre volte i fanciulli nascono coverti di eruzione (pustole, croste, ulcerazioni); nello stesso tempo questi esseri sono contraddistinti per lo dimagrimento, pel loro stato cacochimico, e per una specie di raggrinzamento della faccia che li rendono simili a piccoli vecchi.

5. *Sifilide tubercolosa*. — Questa forma di sifilide è frequentissima, e d'ordinario si manifesta poco dopo gli accidenti primitivi. Essa è caratterizzata da tubercoli il cui volume varia da quello di una testa di spilla o di un pisello sino a quello di una mandorla o di una piccola noce. Essi sono di un rosso di rame, quasi rotondi, piani, sparsi, più spesso aggruppati a guisa di cerchi. Possono occupare tutto il corpo; ma si osservano specialmente alla faccia, sul naso ed alle commessure delle labbra. Gli uni rimangono per lungo tempo stazionari, per molti anni per esempio, conservando una superficie levigata, che si disquama di tempo in tempo. Quando la guarigione à luogo, i piccoli tumori si deprimono, poi spariscono; la loro sede lascia per qualche tempo una tinta di un rosso livido. Altre volte i tubercoli, di un rosso violaceo, tesi dolorosi, si esulcerano e si covrono di croste dense. Le ulcere hanno gli stessi caratteri di quelli che succedono alle pustole; tendono più ad estendersi in profondità ed in superficie; sono veri lupi che causano finalmente la distruzione di certe parti, come le pinne del naso, le labbra, ec. Altre ulcerazioni sono serpigginose, superficiali, strette, e prendono tutte le direzioni e tutte le figure. Alla forma tubercolosa bisogna riportare l'alterazione che abbiamo descritta sotto i nomi di *tubercoli piani*, di *pustole umidi*, alterazione la quale, come abbiamo detto, è spesso primitiva, ma che il più delle volte costituisce un accidente consecutivo.

6. *Sifilide papolosa (lichene sifilitico)*. Essa è caratterizzata da piccole bolle piane, poco rilevate al di sopra del livello della pelle, dure, solide, mai seguite da ulcerazione, e terminano sempre colla risoluzione o colla desquamazione. Se ne distinguono due varietà, acuta l'una potendosi manifestare nel corso degli accidenti primitivi, e caratterizzata dalla eruzione di innumerevoli protuberanze le cui areole rossastre, confondendosi l'una coll'altra, presentano l'aspetto di una vasta superficie color di rame disseminata di piccole bolle di un rosso meno carico. Questa eruzione la quale corrisponde alla *scabies venerica* di alcuni autori, si manifesta prontamente; essa è completa in ventiquattr'ore. La sua durata è generalmente corta; scompare dopo alcuni giorni, lasciando al suo sito piccole macchie che finalmente scompaiono. La seconda forma differisce dalla prima per i caratteri della eruzione e pel corso che siegue: quindi le papole, più larghe, hanno il volume delle piccole lenticchie; sono arrotondate, si sviluppano lentamente e successivamente; occupano le membra, specialmente nel senso della flessione, non risvegliano prurito. L'apice si cove di una pellicola secca e grigiastra che cade e si ripete prontamente sin dopo l'appassimento del tumore, al luogo della quale rimane una macchia di un bianco grigiastro che lentamente si dilegua.

7. *Sifilide squamosa*. — Questa specie di sifilide è caratterizzata da squame secche e grigiastre che sormontano le piccole bolle del colorito del rame. Può presentarsi sotto le apparenze della lepre o sotto quella della *psoriasis*, e particolarmente della *psoriasis guttata*. Differisce però dalla lepre ordinaria pel colorito quasi nero delle piastra, da ciò il nome di *lepra nigricans* sotto il quale molti l'anno distinta. La forma *psoriasis* differisce dalla *psoriasis guttata simplex*, non solo pel colorito di rame, ma pure per un piccolo ricamo bianco, attorno alla base di ciascuna piastra, aderente a questa base, il che vien considerato da Bielt come un carattere patognomonico. Bielt à pure descritto una forma di sifilide squamosa alla quale dà il nome di *cornea*, in ragione della durezza, del color grigiastro e dello aspetto filitenoide delle piastre. Questa forma si osserva più specialmente alla palma della mano ed alla pianta de' piedi. Si manifesta con certi punti leggermente elevati, color di rame, ricoverti di squame dure, grigiastre, le quali alcune volte formano una vasta piastra, densa, ed è la sede di fenditure e di ragadi spesso dolorosissime. Attorno alla piastra esiste sempre un'areola larga del colorito sifilitico. Spesso, lungi dal formare una piastra uniforme, la sifilide squamosa è disposta a guisa di punti rotondi, poco protuberanti, della estensione di 1 centimetro, presentando al centro un punto duro

bianco, corneo, che qualche volta può essere portato via colle unghie, chè però altra volta penetra nella spessezza della pelle (Cazenave). Questa sifilide dura spesso per anni interi.

Tali sono le diverse eruzioni che la sifilide può produrre sulla pelle. Possono esistere isolatamente; qualche volta molte sono unite sullo stesso individuo, e coesistono cogli altri accidenti costituzionali, specialmente colla irite, e molto più con qualche eruzione analoga, sopra una delle mucose accessibili alla vista. Per terminare ciò che concerne agli effetti del virus sifilitico sulla pelle, diremo che indipendentemente dall'*onyxis*, si osservano frequentemente la caduta de' capelli e de' peli, il che dipende forse da un'alterazione ancora incognita del bulbo: dessa è l'*alopecia*. Nella maggior parte di questi casi, i capelli ed i peli non ripullulano più.

Diagnosi. — Siccome viene osservato da' signori Cazenave e Schedel, le sifilidi sono tra tutte le eruzioni quelle che sono il più delle volte sconosciute, e che più spesso si suppongono tali. In fatti abbiam veduto che rassomigliavano a molte malattie cutanee. Però mediante i caratteri distintivi precedentemente indicati, e sur i quali non faremo ritorno in questo luogo, si potrà quasi stabilire la diagnosi differenziale.

Pronostico. — Le sifilidi sono una delle forme meno gravi e le meno ostinate della sifilide: però la forma squamosa è spesso ostinata, e la forma tubercolare può lasciare dietro di essa gravi disordini.

Cura. — Oltre alla cura interna, nelle sifilidi si fa d'uopo applicare ancora il topico medicamento. Quindi se mancano le ulcerazioni, si prescriveranno i bagni gelatinosi di sublimato (4 a 60 gramme per ciascun bagno); si praticheranno le lavande con una soluzione di sublimato (2 a 4 decigramme in 60 gramme di acqua distillata), o di cianuro di mercurio (5 a 15 centigramme in 60 gramme di acqua), o pure le leggiere frizioni colla pomata di calomelano (10 gramme con 30 di sugna), finalmente si possono prescrivere i bagni a vapore col cinabro. Nella sifilide squamosa si modifica qualche volta utilmente lo stato della pelle con i bagni solforosi, gelatinosi ed alcalini colla pomata di catrame (4 gramme con 30 di sugna); le ulcerazioni della pelle saranno curate col cerato oppiato, se sono troppo dolorose; se sono atoniche, li lavano e si curano col vino aromatico, colla decozione di china, col cloruro di soda; si cauterizzano col nitrato di argento. Ne' casi ordinari si curano colla pomata mercuriale.

Per i tubercoli profondi della pelle il Signor Ricord si loda molto del connubio di mercurio colla cicuta. Se avvi molta infiammazione, le parti si curano con cataplasmi emollienti; si lavano coi liquidi narcotici; si applicano le sanguisughe in vici-

nanza. Se la ulcerazione progredisce rapidamente, bisogna cercare di frenarla colla cauterizzazione col nitrato acido di mercurio, quando le lavande clorurate e iodate hanno fallito (8 gram. di tintura di iodo in 250 gram. di acqua distillata). Se i capelli cadono, si tagliano e si praticano le frizioni sul cuoio capelluto colla tintura di cantaridi.

DE' SINTOMI DI SIFILIDE COSTITUZIONALE DELLE MEMBRANE MUCOSE

1.° *Mucosa della bocca e della faringe.*— La mucosa buccale è spesso la sede di diverse eruzioni analoghe di molto a quelle della pelle, colle quali coincidono frequentissimamente. Bisogna pur dire col Signor Ricord, potersi osservare quasi tutte le forme corrispondenti alle sifilidi. Si dice che il virus venereo poteva limitarsi a produrre sulla mucosa alcune piastre irregolari di un rosso più o meno vivo, biancastro al centro, senza gonfiamento o pur leggiero. Queste piastre che nulla presentano di caratteristico, non hanno una durata se non che efimera e coesistono ordinariamente colla sifilide esantematica. Una forma di eruzione però molto più comune, e più importante della precedente, poichè è caratteristica della infezione venerea, consiste nelle piccole bolle piane, qualche volta leggermente granulate alla loro superficie, di un colorito più carico della mucosa; avendo spesso una tinta di rame, che offre generalmente una disposizione di mezza luna, o circolare o ovale; hanno sede specialmente alla commessura delle labbra, alla loro faccia interna o pure a quella delle guance, più di rado su i pilastri del velo palatino, sullo stesso velo ancora, alla volta del palato, più raramente alla base della lingua. Questa forma corrisponde molto bene alla sifilide papolosa o tubercolosa. La eruzione può rimanere per lungo tempo stazionaria; termina quasi sempre sollecitamente colla risoluzione. Quando però è irritata specialmente per la protuberanza di un dente, può ulcerarsi. Sulla lingua, la sifilide produce specialmente alcuni piccoli tubercoli bernocoluti; irregolarmente screpolati ed ulcerati, alcune volte uniti, rossi e grigiastri e duri. Hanno sede comunemente alla punta e sul bordo dell'organo; in fine, più di rado, il virus sifilitico vi determina uno spessimento e gli induramenti parziali che si confondono qualche volta con una trasformazione scirrova.

Quando il virus venereo spiega la sua azione sulla retrobocca, vi stabilisce quasi sempre le ulceri le quali sono state ben descritte da Babington. Queste ulceri sviluppano il più delle volte con un punto cangrenoso che incomincia ora dalla mucosa, altre volte dalla tonsilla; questo punto rosso ed alquanto

gonfio presenta al suo centro una macchia giallastra che traslucisce a traverso la mucosa ancora intatta; però alla fine di due giorni, questa assottigliata ed ammolita, si ulcera finalmente. Altre volte le ulcerazioni succedono alle semplici escoriazioni superficialissime, o pure si formano di un tratto sulla mucosa che è stata semplicemente iniettata. Le ulcerazioni veneree della gola possono occupare le tonsille, la parete posteriore della faringe il velo palatino ed i suoi pilastri. Presentano un fondo grigiastro o giallastro, i bordi rilevati, tagliati a picco e di un rosso carico. È cosa comune di vedere queste ulcerazioni produrre soltanto un poco di gonfiamento e quasi nessun dolore, quantunque la membrana mucosa sia di un rosso più o meno carico, qualche volta cremesi, e ciò spesso sopra una superficie di un centimetro attorno a ciascuna ulcerazione: gli ammalati accusano solamente un poco d'incomodo nella deglutizione, e secchezza nella gola; espettorano specialmente il mattino, alcune mucosità giallastre; questi fenomeni sono tal poco distinti, che appena risvegliano la loro attenzione. In altri, per lo contrario, i dolori sono vivi; la deglutizione è difficile o anche impossibile; la voce è gutturale; gli ammalati rigettano, spuntando, le mucosità puriformi e fetide; il loro alito manda un odore disgustoso; la reazione febbrile è molto viva, ed il dimagrimento molto rapido; in questo caso la ulcerazione è quasi sempre fagedenica. I suoi progressi possono allora essere talmente rapidi, che in poco tempo il velo palatino, i suoi pilastri e sin anche le ossa mascellari ed i corpi delle vertebre possono essere colpite e distrutte. Però le ulcerazioni della gola hanno d'ordinario un corso meno rapido; le une si fanno più larghe per la gangrena, la maggior parte per un lavoro ulcerativo ordinario, il quale si effettua sempre più rapidamente nella gola anziché sul tegumento esterno.

Diagnosi. — Siccome lo diceva ragionevolmente Hunter, l'ulcera venerea della gola è tra tutte le forme della malattia quella meno suscettibile di far cadere in errore per la diagnosi. In fatti i bordi tagliati a picco della ulcerazione, la quale sembra stata fatta da uno stampo; la sua superficie, alla quale sta aderente una materia bianca, densa, simile ad un'escara e che non può essere portata via colle lavande; il colorito rosso violaceo, simile al rame o azzurrognolo della mucosa circostante, la poca gonfiezza de' tessuti, spesso la mancanza di qualunque dolore; in fine i progressi rapidi della malattia, fanno distinguere le ulcere veneree dalle semplici ulcerazioni che qualche volta hanno luogo all'apertura di un ascesso della tonsilla. Con maggior ragione non potrà confondersi col deposito di una concrezione membrani-forme grigiastro che può essere facilmente distaccata, e col semplice ingrandimento di una o molte la-

cune in conseguenza di un amasso di linfa plastica o di una materia caseosa, perchè in quest'ultimo caso, basta premere la tonsilla per espellere tosto il corpo estraneo e far scomparire ciò che altro non era se non che un'apparenza di ulcerazione.

Prognosi. — Da ciò che abbiamo detto, le ulcere veneree della gola sono una grave malattia, perchè quando distruggono il velo palatino ed i pilastri, la deglutizione e qualche volta il suono della voce sono sempre più o meno alterate; la voce è sempre gutturale o nasale. Quando la ulcerazione ha sede sulla volta del palato, la bocca comunica più o meno largamente colle fosse nasali. In fine se la carie ha colpito il corpo delle vertebre, ne risulta spesso una interminabile suppurazione, gli accessi sintomatici; quasi tutti gli ammalati periscono allora dopo aver sofferto più o meno lungo tempo.

2.^o *Mucosa nasale.* — Il virus venereo produce frequentemente sulla mucosa di Schneider le ulcerazioni consecutive. Se queste hanno sede sulle pinne del naso o sulla chiusura, sarà cosa facile di poterle scorgere; però il più delle volte esse sono nascoste nella profondità delle fosse nasali, ne' seni frontali istessi, ed allora torna impossibile poterne vedere la esistenza. Gli individui di cui è parola provano da principio un poco di corizza limitata ad un sol lato o pure occupa le due narici contemporaneamente. L'ammalato si lagna di aver mai sempre il naso otturato, imbarazzato; manda alcune mucosità dense, giallastre, purulenti, fetide, spesso miste a sangue ed a croste nerastre: l'odorato è diminuito o perduto. Questi fenomeni possono restar lungo tempo stazionari: gli ammalati credendo di essere colpiti da una semplice corizza, non prendono affatto consiglio. Nel maggior numero però de' casi, le ulcerazioni delle fosse nasali producono altri accidenti o altri incomodi; quindi, senza che esista alterazione delle ossa, stabiliscono spesso una suppurazione più o meno abbondante e quell'odor fetido che caratterizza questa specie di ozena chiamato ulceroso. Il più delle volte però quest'odore si liga ad un'alterazione delle cartilagini, delle fosse nasali, dell'etmoide, e specialmente ad una lesione delle ossa del naso, le quali colpite dal lavoro ulcerativo, si separano in frammenti che lo ammalato espelle soffiandosi il naso. La suppurazione e l'aria che attraversano le fosse nasali sono in modo da paragonarsi a quelle che scappan via da un tino ripieno di pezzi anatomici in macerazione. Quando le ossa istesse sono colpite, si avverte esternamente uno scoppietto; tosto il dorso del naso si appassisce, e quando le ossa sono state espulse, questa parte privata dello scheletro, si appianna, mentre la punta si rialza. In questo caso, la pelle rimane il più delle volte intatta; però l'ulcerazione si propaga sino ad essa, ed il naso tutto intero potrebbe finalmente cadere o essere distrutto.

Di rado le ulcerazioni vanno disgiunte da qualche altro sintomo più apparente di sifilide costituzionale. In tutti i casi bisogna diffidarsi di queste pretese corize che durano in modo indefinito, e nel corso delle quali gli ammalati cacciano delle mucosità fetide, puriformi, miste a croste nerastre.

3.° *Mucosa del retto.*—Gli scoli consecutivi del retto riconoscono quasi sempre per causa la presenza di un'ulcera nella parte inferiore dello intestino; qualche volta la mucosa, in questo punto, è soltanto rossa spessita e granulata. Le ulcerazioni che si osservano mediante lo *speculum ani*, o se sono molto vicine all'ano, consigliando gli ammalati a sforzarsi come per andar del corpo, offrono tutti i caratteri delle ulcere veneree della gola; spesso sono accompagnate da un ingorgo notabile delle pareti del retto e del tessuto cellulare, da poter simulare uno scirro. In moltissimi casi, è giuogo forza amministrarvi i mercuriali per arrivare alla diagnosi che la osservazione sola non potrebbe fornire. Accade però qualche volta che lo ingorgo, dapprima puramente sifilitico, degenera poscia in cancro, quando lo individuo era antecedentemente predisposto a questa crudele malattia. Ricorderemo ancora, dando termine, che il virus sifilitico produce frequentemente al margine dell'ano le vegetazioni di diverse specie, i tubercoli mucosi e le piccole ulcerazioni nascoste nelle pieghe di questa regione, ulcerazioni che chiamansi *ragadi*.

4.° *Mucosa degli organi genitali.*—Nell'uno e nell'altro sesso possono esistere alcuni scoli blenorragici come sintomi consecutivi. La membrana mucosa dell'uretra, e specialmente quelle del prepuzio, della vulva, della vagina e del collo dell'utero, possono ulcerarsi; queste ulcerazioni sono differenti da quelle primitive per la poca infiammazione, sviluppata attorno di esse, e per la mancanza degli ingorgi ganglionari. Di rado sono pure fagedeniche. Queste alterazioni sono rarissime; d'altronde è più facile vedere come indizio di azione consecutiva del virus sifilitico sulla mucosa degli organi genitali, le differenti specie di vegetazioni delle quali abbiamo prima parlato.

5.° *Mucosa laringo-tracheale.*—Ricorderemo solamente in questo luogo che il virus venereo può produrre le ulcere della mucosa laringo-tracheale, ed essere quindi una causa di eticia. Se ne trovano molti esempi nella memoria de' signori Trousseau e Belloc. Dietro un lavoro pubblicato nel 1844 nel *London medical Gazette*, sembrerebbe che i dottori Munk e Sadowski di Praga, avrebbero anche veduto molte volte delle ulcerazioni di natura venerea ne' bronchi, e sin nelle piccole ramificazioni.

Per lo studio de' sintomi di questa malattia, rimandiamo a ciò che abbiám detto all'articolo *Laringite cronica ulcerosa*. Per determinare la vera causa della malattia, bisognerà studiare gli

antecedenti degli individui e lo stato attuale, il che farà conoscere in generale i segni negativi dalla parte de' polmoni (cosa rara nella etica tubercolosa); si scovrirà in oltre quasi sempre qualche segno di sifilide costituzionale, specialmente alla gola.

Cura. — Le ulcerazioni della bocca e della gola richiedono l'uso de' gargarismi emollienti, narcotici, o tonici e deter-sivi, secondo che sono più o meno infiammate. I gargarismi col dentocloruro (15 centigramme in 250 gramme di decozio-ni di teste di papavero) sono utili. Le cauterizzazioni col ni-trato d'argento sono spesso necessarie per modificare lo stato della superficie ammalata. Nelle ulcerazioni del retto, si pre-ven-gono gli accumoli delle materie fecali sollecitandone la u-scita co' clisteri emollienti; poi s'introducono nello intestino gli stuelli unti di una pomata calmante e mercuriale. Per le ulcere del naso, si è ricorso alle iniezioni astringenti di sublimato, alla cauterizzazione, all'aspirazione del calomelano puro o misto a parti eguali di zucchero candito.

SIFILIDE CONSECUTIVA DEL TESSUTO CELLULARE

La sifilide di rado assale il tessuto cellulare: questa forma di malattia si osserva solamente in quelli cachetici la cui costituzione è profondamente alterata. Quando il virus venereo agisce sul tessuto cellulare ànno luogo, particolarmente sulle membra inferiori, certi noccioli molteplici, isolati o riuniti, indolenti e duri; la pelle che li ricopre addiviene di tempo in tempo resipelacea; ànno un corso lentissimo; gli uni si risol-vono, gli altri suppurano; in quest'ultimo caso la pelle si fa rossa si assottiglia, addiviene azzurrognola, si fora e dà pas-saggio ad un pus icoroso e mal legato: le aperture si trasfor-mano spesso in ulcere che in generale presentano lo aspetto di ulcere atoniche; guariscono difficilmente come quest'ultime, e la loro cicatrice in generale è aderente ed imbrigliata. Questi tu-mori possono durare per anni intieri; essi non occupano soltan-to il tessuto cellulare delle membra, ma pur anche quello che trovasi sottostante alla mucosa buccale e faringea: se ne trova-no ancora nella spessezza della lingua, la quale presenta al tat-to ineguaglianze tali, che Ricord la direbbe ripiena di avellane; dopo l'apertura di questi tumori si crede spesso, sino all'in-ganno, alla esistenza di un cancro. In alcuni casi rari, i tumori di cui è parola, che altro non sono che ascessi, sieguono il corso acuto del flemmone. Gli ingorghi linfatici, siccome sin-tomi consecutivi della sifilide, sono estremamente rari.

Cura. — Questo sintomo coesistendo in generale con uno stato cachetico, bisogna sollevare le forze mediante i tonici, gli

amari, gli analeptici, i bagni salini, acomatici. Si fanno le frizioni sul tumore colle pomate di iodo; è stato pur consigliato di curarle nella stessa guisa de' bubboni, mediante i vescicanti e la soluzione di sublimato; subito che la fluttuazione è stabilita, conviene aprirli.

DELLA IRITE SIFILITICA

E cosa rara vedere esistere l'irite come il solo sintomo della sifilide costituzionale; in fatti la irite coincide quasi sempre colle sifilidi; essa assale più spesso un occhio che tutti due insieme. In generale si manifestano violenti dolori nell'occhio e sul lato corrispondente pria che l'organo abbia subito alcun cambiamento manifestato. Tosto la vista si turba; la impression della luce è dolorosissima; la pupilla è irregolare, non si contrae più. La sua circonferenza è ineguale e come sfrangiata; spesso è ovale, presentando il suo grand'asse diretto dall'alto in basso; il colore dell'iride si altera; vi si distinguono alcune macchie confluenti o alcuni cerchi rossastri, rossiccio o color di rame; spesso l'iride si attacca alla cornea o alla capsula cristallina, piccoli accessi possono svilupparsi nel suo interno; in fine la pupilla scompare affatto, e lo ammalato perde la vista: quest'esito è molto raro. Quando la malattia può essere curata prontamente, l'occhio ritorna lentamente al suo stato normale e conserva moltissimo la irritabilità; spesso la malattia si estende dall'uno all'altro occhio.

Cura. — Oltre alla cura mercuriale, di assoluta necessità come per tutti gli altri accidenti della sifilide, bisogna combattere la congestione dell'occhio mediante il salasso, le sanguisughe alle tempie, a' processi mastoidei, i piediluvi ed i purganti; poscia si applicheranno molti vescicanti alla nuca, alle tempie ed alla fronte, che si cureranno coll'unguento mercuriale: si useranno pure le frizioni dietro le orecchie con quest'unguento semplice o combinato ad una piccola dose di bella donna, siccome lo consiglia il Signor Sichel.

DEL TESTICOLO VENEREO

Non cade dubbio, siccome lo à provato As. Cooper che lo ingorgo cronico nel testicolo è qualche volta il sintomo di sifilide costituzionale. Questo ingorgo differisce da quello che à luogo nel corso di una blenorragia, in quanto che comincia quasi sempre dal corpo dell'organo, il quale è pesante, niente affatto doloroso al tatto, ed à perduto la sua elasticità che lo distingue. La malattia à un corso essenzialmente cronico, la

suppurazione è un accidente rarissimo. In somma nessun carattere speciale distingue lo ingorgo venereo dello ingorgo cronico semplice o scirroso; possono solamente sorgere de sospetti sulla natura della malattia, fondati specialmente sugli antecedenti ed i sintomi concomitanti; però saranno sufficienti per fare adottare una cura antisifilitica prima di ricorrere alla estirpazione del testicolo.

Cura. — Gli antisilogistici sono inutili per secondare la cura generale; basta mantenere il testicolo sospeso; si useranno sullo stesso le frizioni colla pomata mercuriale o di iodo, si coprirà con un empiastro fondente e soprattutto collo empiastro di Vigo, in fine si comprime colle strisce.

SIFILIDE CONSECUTIVA DE' TESSUTI MUSCOLARE, FIBROSO ED OSSEO

Eccettuati forse i nodi cellulari, nessun sintomo si manifesta ad un'epoca più lontana di quelli i quali si manifestano dipendenti da sistemi osseo e fibroso. Questi accidenti consistono nelle contrazioni, dolori osteocopi, periostosi ed esostosi. Siccome lo abbiain già detto, le alterazioni del tessuto osseo si osservano specialmente sulle ossa più superficiali e più dure: quindi le ossa del cranio, la clavicola, la tibia, lo sterno, il cubito, ne sono affette il più delle volte. Questi diversi accidenti sono considerati da Hunter siccome caratteristici del secondo periodo della sifilide costituzionale. Il Signor Ricord li colloca tra i sintomi della sifilide terziana.

1.^o *Lesioni de' muscoli e de' loro tendini.* — Il virus sifilitico determina qualche volta nelle fibre muscolari dolori ottusi, poco violenti, più vivi la notte, che aumentano colla pressione ed i movimenti: tosto questi sono difficili, il muscolo si raccorcia e rimane in uno stato di permanente contrazione. Questa è indipendente da qualunque alterazione del sistema nervoso: essa dipende da una trasformazione della fibra muscolare, passata già allo stato fibroso o cartilagineo. Questo sintoma sifilitico è stato studiato con molta accuratezza da signori Ricord e Filippo Boyer. Esso colpisce in preferenza i muscoli dello avambraccio, e specialmente i muscoli flessori.

Nella *Gazette médicale* de 1846, il Signor professor Bouisson à chiamato l'attenzione su i tumori duri e molli che il virus sifilitico può produrre ne' muscoli e loro tendini. Pel dotto professor di Montpellier nessun muscolo andrebbe esente da questi tumori; però quelli della lingua e delle labbra ne sarebbero la sede più frequente. Il Signor Bouisson rapporta ad un'alterazione del tessuto carnososo della lingua que' tumori di cui

abbiamo precedentemente parlato, e che abbiamo collocati nel tessuto cellulare. Checchè ne sia, ecco i caratteri che il Signor Bouisson assegna a questi tumori: essi sono globosi, senza cambiamento di colorito alla pelle, senz'aderenza con questa membrana; sono mobili o fissi, secondo che il muscolo affetto è teso e nello stato di rilasciamento. Il loro volume varia da quello di una noce sino a quello di un'arancio, recano incomodo alle funzioni muscolari. Duri mediocemente allo sviluppo, addiventano fluttuanti, se la materia che li forma si converte in pus o in un liquore gommoso; altre volte acquistano una grande consistenza.

2.^o *Sintomi sifilitici per parte delle ossa.* — Molti ammalati accusano sul tragitto delle ossa e spesso vagamente nelle membra, e senza sede ben determinata, dolori profondi, lancinanti, o trapananti, spesso capaci di essere tollerati il giorno, ma intollerabili la notte, e privando gli ammalati da qualunque riposo; la pressione esterna non li aggrava affatto. Questi dolori sono penosi, insopportabili specialmente quando occupano la testa: possono esistere per molto tempo senza che le ossa vadino soggette ad alcun cambiamento distinto nella loro struttura e conformazione; altre volte vi si osserva una o molte esostosi o periostosi.

I dolori osteocopi non hanno alcun rapporto colle nevralgie, e non seguono il tragitto di alcun nervo; sono differenti dai dolori reumatici per la loro immobilità, perchè si aggravano durante la notte, e quando gli ammalati si trovano più caldi: hanno pure una sede meno fissa e meno ben determinata per gli ammalati che i dolori di natura reumatica. In fine ne' primi, le membra conservano spesso la integrità de' loro movimenti, eccetto però quando sono la sede di qualche alterazione materiale del periostio o delle ossa. Le periostosi sono facili a conoscersi per una durezza mal circoscritta, ordinariamente dolorosa, che ha sede alla superficie di un osso. Possono esservene molte sullo stesso osso; possono anche rimanere stazionarie per molto tempo, poi risolversi, o pure aprirsi al di fuori; allora transudano un fluido particolare, come albuminoso. Altri suppurano, si aprono allo esterno, però la loro apertura rimane fistolosa a causa del denudamento, della carie o della necrosi dell'osso sottostante. In fine quando esiste una esostosi, il tumore è più o meno circoscritto, di forma varia, occupa l'osso in una maggiore o minor parte della sua superficie e della sua spessezza. Esso è levigato o irregolare; presenta una grande durezza. Se colpisce un osso superficiale, come la cresta dell'ileo, incomoda poco i movimenti; non avviene però così quando è circondato di muscoli possenti, come quando occupa il femore. L'esostosi le quali si sviluppano alla faccia in-

terna delle ossa piane possono dar luogo a' più gravi accidenti in seguito della compressione che esercitano sugli organi contenuti. Quindi le esostosi della faccia interna del cranio determinano qualche volta le paralisi più o meno estese, i disordini della intelligenza, le convulsioni, e tutti gli accidenti in fine che possono produrre. l'amaurosi, lo strabismo o l'esoftalmia: quelle del canale lacrimale, impedendo le lagrime di pervenire sino alle fosse nasali, determinano il tumore lacrimale. Le esostosi del canale rachidiano danno luogo a tutti gli accidenti che ingenerano le altre cause di compressione della midolla; in fine quelle del cavo della pelvi possono essere un ostacolo al parto.

Le esostosi hanno quasi sempre un corso cronico; possono risolversi sotto la influenza di una cura analoga; però l'alterazione delle ossa rimane quasi sempre allo stesso grado dopo la guarigione della diatesi.

La carie e la necrosi vengono spesso dopo l'esostosi o le periostosi; altre volte sono primitive. La carie è frequente e rimarcabile, specialmente alle ossa della faccia; in questo luogo colpisce spesso le ossa della volta del cranio, che distrugge in tutta la loro spessezza o solamente nella tavola esterna. Le ossa proprie del naso sono anche più di frequente affette. Si osserva dapprima un gonfiamento al loro livello, l'ammalato accusa dolore; tosto la pressione vi fa osservare uno scroscio; in fine le ossa si separano, siccome lo abbiain veduto più sopra. Succede anche vedere la pelle infiammarsi ed esulcerarsi; pur tuttavia la perdita del naso è rara, ed à luogo solamente quando la malattia comincia con una ulcerazione la quale non altera le ossa se non quando la pelle e le cartilagini sono state distrutte. La carie può estendersi anche alla branca ascendente del mascellare, alla lama perpendicolare dello etmoide, alla chiusura, la quale è qualche volta distrutta; allora la voce è profondamente alterata. La volta del palato cade nella necrosi anzi che nella carie; quando quest'alterazione si manifesta, gli ammalati si lagnano per qualche tempo di un dolore più o meno vivo sopra un punto della volta del palato; portandovi il dito vi si avverte tosto il gonfiamento e la fluttuazione; la mucosa presenta a questo livello un colorito violaceo; finalmente il piccolo ascesso si vuota. Se allora s' introduce per la sua apertura uno stiletto, si perviene sopra un osso denudato, di già più o meno alterato, la cui estrazione lascia un foro che mette in comunicazione la bocca colle fosse nasali. Se l'apertura è grande, la lesione è incurabile, e bisogna che gli ammalati facciano uso di un otturatore; ma se esiste soltanto un piccolo foro, la mucosa può ricoverirlo, introdursi, ed attaccarsi in modo da costituire una cicatrice solida. Tutte le

ossa possono essere colpite da esostosi, da carie e da necrosi sifilitica; però non esiste alcun segno certo per ben distinguere se le alterazioni dipendono dal virus sifilitico, o dal vizio scrofoloso, o da qualche causa accidentale. Dunque bisognerà, come lo abbiamo già detto, studiare gli antecedenti degli ammalati e gli accidenti concomitanti.

Le carie e le necrosi, quando sono alquanto estese, mantengono le suppurazioni fetide interminabili che spesso depauperano gli ammalati e li uccidono. Le alterazioni delle ossa che abbiamo descritte costituiscono l'accidente più grave della diatesi venerea.

Cura. — Esistono alcuni dolori osteocopi i quali rimasti ribelli alla cura mercuriale, all'oppio, all'applicazione delle sanguisughe, alle pomate calmanti, cedono come per incantesimo ad un vescicante volante; però qualche volta sono necessari molti di seguito, e medicarli col sal di morfina. Se la periososi è dolorosa, bisogna impiegare la stessa cura (sanguisughe, vescicante spalmato coll'unguento mercuriale). Più tardi le preparazioni di iodo e la compressione saranno indicate. Se avvi suppurazione, bisogna vuotare il focolaro. Questi stessi mezzi convergono nelle esostosi. Se la carie e la necrosi hanno luogo, bisogna regolarsi come quando queste lesioni sono prodotte dalle altre cause. Bisognerà sempre sollecitamente togliere le fasciature. I ioduri di ferro o di potassio sono specialmente indicati contro gli accidenti sifilitici del sistema osseo.

PROFILASSI DELLA SIFILIDE

Riflettendo a' disordini che la sifilide produce, si conoscerà che colui il quale troverebbe un preservativo certo contro questa malattia avrebbe, per lo meno, tanto diritto alla riconoscenza degli uomini, quanto Jenner per aver trovato la vaccinazione. Si desidera che qualche uomo onesto si dedichi da ora in poi a questa gloriosa opera; perchè i tempi non sono più quelli in cui la morale retrograda ed i pregiudizi religiosi facevano considerare il vaiuolo siccome un giusto castigo del libertinaggio, o come contrario alla morale ed a' fini della provvidenza di occuparsi de' mezzi atti a pervenire il contagio.

Si potrebbe quasi estinguere la sifilide se coloro che ne sono infetti fossero tanto prudenti ed onorati per astenersi da qualunque rapporto sessuale sino alla completa guarigione; disgraziatamente però, e troppo spesso gli ammalati si danno in preda al coito tosto che il piacere può vincere il dolore. Il medico prudente proibirà i rapporti del sesso a tutti gli uomini che soffrono uno scolo uretrale comunque debole ed *antico* possa es-

sere, ogni qual volta che sarà opaco, giallastro, puriforme. Lo stesso si praticherà per quelli che sono sierosi, filamentosì, trasparenti. Tutto ciò si applica pure per la donna. Se poi un individuo ancora sospetto si trovasse in tale circostanza in cui si credesse forzato di avere de' rapporti con persona sana, e se malgrado la enumerazione che gli si terrà delle disgrazie di cui sarà inevitabilmente la causa, ei persiste nella sua fatale risoluzione, non curando la religione, i diritti sociali e di natura, bisogna almeno consigliare la maggiore pulizia, le lavande su tutte le parti esterne della generazione, le iniezioni nelle parti profonde, praticate, poco prima del coito, con i liquori clorurati, alcalini, astringenti aromatici, cioè colle sostanze che possono agire astringendo le superficie, modificando la segregazione, e forse alterando il pus. Se la persona soffre un' ulcera, bisogna cauterizzarla largamente e profondamente. Quando un individuo si espone ad un coito sospetto, bisognerà anzi tutto osservare se esiste sulle parti genitali qualche soluzione di continuo; se vi si trova la menoma escoriazione, si cauterizzerà; si laverà colle sostanze astringenti e toniche (vino, acetato di piombo, tannino, allume) i quali fortificando i tessuti, hanno spesso guarito certe persone le quali andavano facilissimamente soggette alla infezione. In fine tutti conoscono in questi casi, la debole speranza del *condon*, mezzo il quale altro non è che una tela di ragno contro il pericolo. In fatti questo debole involucre, spesso poroso, permeabile, si lacera qualche volta nell'atto del coito; d'altronde non preserva che una parte della verga, e non impedisce che il contagio abbia luogo alla base di questo organo, le borse, gl'inguini e le cosce. In questi casi di coito sospetto, Massa consiglia di prolungare volontariamente il contatto; in vece però bisognerebbe sollecitare la eiaculazione, lavarsi tosto accuratamente, poi iniettare nell'uretra i liquidi clorurati o l'acqua saponacea, cauterizzare tutte le piccole escoriazioni che avrebbero potuto succedere; finalmente si procurerà di urinare per lavare il canale per quanto più possibile.

Se una donna gravida è affetta da sifilide, si cercherà di evitare la infezione del fanciullo colla cura mercuriale, e se al momento del parto esistono accidenti primitivi alle parti sessuali, se sono ulcere bisogna cauterizzarle esattamente, se blenoraggia, lavare la vagina con una soluzione concentrata di nitrato di argento. In fine per prevenire le sifilidi costituzionali, vogliamo che si faccia ritorno agli antichi metodi, e qualunque sia il sintomo primitivo, amministrare il mercurio come profilattico della infezione.

DEL MALFRANCESE O FRAMBOESIA

La malattia chiamata in America *pian* o *epian*, *mal-francese*, è quella che chiamasi nella Guinea *yaws*, e che Bateman ha descritta sotto il nome di *framboesia*. Ora primitiva, altra volta consecutiva ed eminentemente contagiosa, essa ha sede comunemente alle parti genitali esterne, all'ano, agl'inguini ed alle ascelle; è caratterizzata secondo alcuni da pustole, secondo altri da prominenze papolose, preceduta da macchie di un colorito rosso oscuro. Questi tumori presentano un rilievo di 3 a 7 millimetri; anno da 11 a 18 millimetri di diametro, e mandano alla loro superficie un fluido icoroso. Esistono in maggiore o minor numero; in generale sono discrete, il più delle volte se ne vede una più larga, più elevata di tutte le altre, specialmente più difficile a guarirsi, e che chiamansi *madre dei mal-francesi* o *mama pian*. Nella maggior parte de' casi, i tumori si coprono, gli uni di squame o di croste, sugl' altri si formano delle escrescenze rosse, granulate della grandezza e della forma di una celsa o di una framboassa, e da questa simiglianza deriva il nome di framboesia che dassi alla malattia. Le parti vicine alle superficie ove ha sede la eruzione sono dure e callose. Spesso si formano le ulcerazioni, ed allora esala un fluido sanioso e fetido, il quale si condensa in forma densissime croste. Questa malattia può durare moltissimo tempo senza alterare la costituzione; qualche volta guarisce spontaneamente: le vegetazioni sono distrutte da un lavoro ulcerativo, poi le soluzioni di continuo si cicatrizzano, lasciando indelebili cicatrici. In alcuni casi eccessivamente rari soltanto si sono vedute delle framboesie, progredendo in profondità, colpire le ossa o le cartilagini.

Diagnosi. — La framboesia offre caratteri talmente specchiati perchè non potesse essere confusa con alcun' altra malattia.

Pronostico. — Questa malattia non sembra affatto pericolosa per se stessa.

Etiologia. — Il mal francese è malattia che regna nelle Antille e nella Guinea. Il suo sviluppo è spesso spontaneo; più comunemente ne' ragazzi che negli adulti e ne' vecchi. Gli individui della classe negra, come pure i mulatti vi sono più soggetti: la malattia è anche rarissima ne' bianchi; essa colpisce in preferenza i deboli i rachitici, i mal nutriti, quelli che abitano luoghi umidi e mal sani. Il mal-francese è contagioso, e si comunica col contatto immediato: si dice pure che gl'insetti potevano trasportarlo in distanza quando si sono impregnati della materia segregata alle superficie ammalate. Alcuni an-

no preteso che gl' individui non potevano essere colpiti che una sol volta in vita.

Cura. — Il mercurio è l'agente terapeutico più raccomandato contra la framboesia; altri poi anno negato la utilità di questo medicamento. Gli ammalati essendo la maggior parte debilitati e di gracile costituzione, bisogna procurare di rafforzarli con un buon regime dietetico, al quale si uniranno gli amari, la china, ed i ferruginosi. Il Signor Cazenave sarebbe propenso per l'uso interno delle preparazioni arsenicali di Fowler o di Pearson; conviene specialmente attaccare la malattia colle applicazioni esterne; sono state proposte le pomate composte di proto e deuto-ioduro di mercurio. Se i tubercoli non si risolvono si distruggeranno con un caustico energico. Finalmente i bagni semplici, alcalini, solforosi, i bagni a vapore e le doccature potranno coadiuvare i mezzi precedenti.

Natura. — Molti autori fanno della framboesia una malattia di natura sifilitica; altri, e specialmente il Signor Cazenave, negano questa etiologia, e credono che il mal-francese sia un' affezione speciale e distinta della sifilide. Questa opinione è pure quella che siamo tentati di adottare, poichè la framboesia non attacca che una sola volta la stessa persona, poichè non colpisce se non gl' individui della razza negra e può essere spontanea. Finalmente aggiungiamo che il mal-francese si distingue pure dalle malattie veneree pel suo corso, per la sua durata indeterminata, per lo aspetto costantemente fungoso delle ulcerazioni, e per la inefficacia o almeno la poca utilità delle preparazioni mercuriali.

DELLA RABBIA O IDROFOBIA RABBICA

La rabbia è una malattia virulenta la quale è sempre comunicata all' uomo da certe specie di animali, specialmente del genere *canis*, caratterizzata dall' orrore de' liquidi, da uno stato di spasmo de' muscoli della respirazione, da un continuo spatacchiar, e spesso da' movimenti convulsivi che ritornano sotto forma di accessi. L'orrore che gli ammalati provano per qualunque specie di bevanda o la impossibilità di trangugiarla essendo uno dei sintomi predominanti, spesso la rabbia viene indicata sotto il nome d' *idrofobia* (da *ὕδωρ*, acqua e *φόβος* orrore). Pur tuttavia, siccome l'orrore de' liquidi è un fenomeno che può osservarsi nel corso di molte malattie, è necessario, quando vuolsi applicare per denominare quella di cui siamo per parlare, di aggiungerevi la parola qualificativa *rabbica*.

Storia. — Conosciuta da Dioscoride, ed anche da alcuni dotti, dallo stesso Aristotile, la rabbia è una delle malattie che

da diciotto secoli hanno più chiamato l'attenzione de' medici. La descrizione data da Celio Aureliano (*Auct. morb.*, lib. 111); è la più completa tra quelle lasciateci dall' antichità. Nell' ultimo secolo comparvero i più considerabili lavori su questa terribile malattia. Senza parlare della memoria di Mead, inserita nella raccolta delle sue opere, e del distinto articolo che Van-Swieten le ha consacrato ne' suoi Aforismi, dobbiamo far parola in modo speciale del libro di Andry, della eccellente dissertazione di Enaux e Chaussier (1), e dell' articolo inserito da signori Villemè e Trolliè nel gran Dizionario delle scienze mediche. Malgrado tutti questi lavori, si può dire, che la storia della rabbia è ancora molto incompleta poichè le ricerche intraprese sin oggi non hanno potuto illuminarci, nè sulla sede e sulla natura nè su i mezzi di curarla.

Anatomia patologica. — La rabbia non lascia su coloro che ne sono stati vittima alcuna lesione alla quale si potessero riportare i disordini osservati durante la vita; ciò è stato osservato da Mead e Van-Swieten, e noi stessi l'abbiamo notato ne' cinque o sei casi di autopsie che abbiamo praticate o veduto praticare all' Hôtel-Dieu. Però esistono alcune lesioni sul cadavere le quali sono lo effetto di alcuni sintomi predominanti durante la vita. Quindi i polmoni sono generalmente nello stato di congestione e spesso enfisemati; la mucosa laringo-tracheale presenta frequentemente un colorito violaceo, ma non offre alcuna alterazione di consistenza nè di spessezza; le meningi sono spesso iniettate; il tessuto sotto aracnoideo è infiltrato di siero, ed i seni zeppi di sangue; però tutte queste lesioni sono evidentemente consecutive all' ostacolo che prova la respirazione durante gli accessi convulsivi che saremo per descrivere. Gli organi digestivi, dalla bocca e le glandole salivari sino al retto, non presentano per lo più alcuna sensibile alterazione. Qualche volta si trovano solamente le papille della base della lingua alquanto più grosse; chechè se ne dica però, non esistono mai pustole alla base dell' organo. La mucosa della faringe è qualche volta arida, rossa e lucida. Questo stato, come pure lo sviluppo delle papille linguali, si spiega per lo sforzo, per le contrazioni spasmodiche de' muscoli della faringe durante la vita, e per la privazione assoluta della bevanda nel corso quasi intero della malattia.

Esaminato il sangue durante la vita, non ci à presentato niente di più nel suo aspetto esterno; quello però che si trova sul cadavere è generalmente nero e fluido come negli asfittici.

(1) *Méthode de traiter les morsures des animaux.* Paris, 1785.

In riassunto, in quelli che muoiono d' idrofobia rabbiosa, si rinvencono soltanto variabili lesioni e puramente accidentali; lo stesso si osserva negli animali. Le osservazioni pubblicate sin oggi per provare che nella rabbia avvi infiammazione della mucosa delle vie aeree e digestive, o de' centri nervosi, non possono ispirare alcuna fiducia: bisogna d' altronde convincersi che per alcuni autori è stato sufficiente di osservare una congestione passiva degli organi per ammettere la esistenza di una *flemmasia*.

Maniere con cui la rabbia si sviluppa nell' uomo. — La rabbia non è mai spontanea nell' uomo; tutti i fatti (e tutti si trovano nel libro di Andry) citati per provare il contrario non sono autentici affatto. Questa malattia è sempre comunicata alla specie umana dagli animali che ne sono infetti. Questi animali per la maggior parte appartengono al genere *canis*; desisi sono, il cane, il topo, la volpe; quel del genere *felis*, specialmente il gatto, possono anche spontaneamente contrarre la rabbia, e trasmetterla all' uomo. Però non è dimostrato che le altre specie degli animali, siccome i ruminanti, i solipedi e gli uccelli di casa i quali possono contrarre la rabbia nella stessa guisa dell' uomo, potessero mai trasmettergliela. È cosa pur dubbia che la rabbia sia trasmissibile dall' uomo all' uomo; almeno non esiste alcun fatto autentico che lo dimostri, mentre è costante, specialmente dietro una esperienza fatta all' Hôtel-Dieu da signori Breschet e Magendie, che la malattia può inocularsi dall' uomo al cane.

La trasmissione della rabbia dall' animale all' uomo à luogo d' ordinario mediante la morsicatura, o quando il virus è applicato in qualunque modo sopra una soluzione di continuo. Non esiste alcun fatto perfettamente autentico che provi che la rabbia potesse comunicarsi quando il virus è semplicemente applicato sulla pelle o sopra la mucosa denudate. Il virus della rabbia risiede unicamente nella bava dell' animale. È oggi dimostrato che nessun altro liquido, come il latte, il sangue, lo sperma, il sudore, ec. nè che alcuno degli organi solidi possa infettarsi in modo a trasmettere la malattia, qualunque sia la superficie colla quale si mettono in contatto. La bava che forma il veicolo del virus rabbico, non è segregata dalle ghiandole salivari, siccome lo hanno creduto lungo tempo; però deriva unicamente dalle vie della respirazione, siccome lo provano gli spari de' cadaveri.

Quasi tutti gl' individui i quali sono morsicati da arrabbiati, e che si abbandonano ad essi stessi, contraggono la rabbia. Alcuni però i quali sono tanto felici di scampare al contagio, il che dipende ora da una idiosincrasia particolare, e più spesso da qualche circostanza fortuita che avrà permesso al virus

di essere portato al di fuori subito dopo la sua applicazione, o pure l'avrà impedito di penetrare nella piaga; quindi si comprende che quando l'animale morde una parte protetta da vestimenta spesse, i denti non pervengono alle carni che dopo essere stati perfettamente asciugati.

Il virus della rabbia è attivissimo. Però il dottor Capello, di Roma, ha preteso (*Archives de 1834*), che in opposizione agli altri virus non poteva trasmettersi indefinitivamente, e cessava di essere contagioso dopo essere stato trasmesso la seconda volta. Il Signor Renault, d'Alfort, senza ammettere la esattezza di questa cifra, pensa però che la potenza del virus della rabbia decresce realmente, e ciò con un rapido progresso. Le esperienze però di Breschet contraddicono questa opinione. Quindi, questo celebre medico riporta, ne *comptes rendus des séances de l'Académie des sciences* (année 1840), ch'egli aveva potuto collo stesso virus dare la rabbia successivamente a diciotto ed anche a venti cani, senza che la potenza contagiosa sembrasse indebolita.

Incubazione. — Passa un tempo più o meno lungo tra la introduzione del virus e la comparsa de' primi accidenti. Il periodo d'incubazione della rabbia è raramente minore di quattordici o quindici giorni; per lo più è di trenta o quaranta giorni: si citano però de' fatti inconcussi i quali dimostrano che può essere più breve o più lungo. Così Mead riporta il caso forse unico nella scienza di un uomo il quale morsicato da un cane arrabbiato il mattino delle sue nozze, abusò del vino e del coito, e quindi nella stessa notte provò gli attacchi violenti del suo male. I casi in cui si è veduta la rabbia manifestarsi dopo molti mesi ed anche dopo un anno sono più comuni del precedente; però non si possono avere come autentiche le osservazioni colle quali si è voluto provare che la incubazione avea potuto durare qualche volta cinque, dieci, quindici ed anche venti anni. In quanto alle pretese pustole che il virus assorbito determinerebbe dal terzo al nono giorno, su i lati del frenulo della lingua, è una favola della quale non dobbiamo da ora in poi più occuparci.

Sintomi, corso, durata, esiti. — Si è detto che allo sviluppo della rabbia alcuni fenomeni si osserverebbero al luogo della morsicatura. Quindi si è preteso che quando la cicatrice avea avuto il tempo di formarsi, si lacerava e cambiava di colorito, o addiveniva dolorosa, ed il dolore si propagava alle parti lontane seguendo il tragitto de' principali tronchi nervosi. Questi fenomeni sono forse rari, almeno non li è mai osservati sopra nove o dieci idrofobi che mi è stato dato curare. Gli individui colpiti da rabbia cominciano quasi sempre per provare una cefalalgia più o meno viva e veglia; se dor-

meno il loro sonno è tormentoso e spesso interrotto da sogni; la maggior parte sono tristi, preoccupati, inquieti; altri sono eccitati, vivi e cialtrieri; quasi tutti si lagnano di dolori vivi nelle diverse parti del corpo; finalmente l'appetito diminuisce ed il polso si accelera. Questi diversi disturbi, i quali hanno una durata di due o sei giorni, possono essere considerati come costituenti i prodromi della rabbia o formanti il primo periodo della malattia. Il secondo periodo si manifesta dapprima coll'avversione o il timore de' liquidi. Gli ammalati provano un disturbo insormontabile, un senso tormentoso di soffocazione, di costringimento alla gola: la loro fisionomia esprime il più gran terrore quando vedono i liquidi e specialmente quando vien loro imposto di bere. Ne abbiám veduti molti, dopo aver lottato molto tempo, approssimarsi finalmente in modo brusco il bicchiere alle labbra; non tosto però alcune gocce di liquido erano penetrate nella loro bocca e nella faringe, che subito si alzavano sul letto, provando stringimenti alla gola; non potevano respirare a causa di una contrazion spasmodica de' muscoli; e la loro fisionomia esprimeva un senso di terrore impossibile a descriversi. Quest'orrore de' liquidi offre molti gradi: ora è completo, cioè che gli ammalati non possono nè vedere nè sentir scorrere alcun liquido; hanno paura de' vasi che li contengono: altri non possono bere, ma la vista dell'acqua è tollerata a tal segno che condiscono di prendere il bagno. Alcuni non possono bere l'acqua, ma torna loro facile trangugiare il vino ed il brodo; finalmente abbiám veduto di quelli i quali non potendo bere l'acqua nel bicchiere o nel cucchiaino, inghiottivano questo liquido quando lo premevano da una mollica di pane che ne era impregnata, e che avevamo introdotto nella loro bocca: questi stessi individui succiavano ancora senza alcun disturbo una fetta di arancio; in fine in alcuni ammalati l'orrore delle bevande cessa momentaneamente. Gli idrofobi sono pure penosamente impressionati dal vento: una viva luce li offende; l'udito è esaltato, il tatto delicatissimo; in generale hanno la parola brusca, la loro conversazione è animata, la maggior parte hanno il delirio, e spesso le allucinazioni: alcuni sono furiosi, ingiuriano, bestemiano e cercano di mordere o di battere, però sono pochi: ecco perchè la parola *rabbia* è impropria; poichè non esprime la vera fisionomia della malattia. Altri, in minor numero, sono affezionati e dotati della più espansiva tenerezza per i loro vicini e le persone che hanno cura di loro: ne è veduto un caso molto degno di attenzione. In altri il sopraeccitamento nervoso si accompagna, nella donna, alla ninfomania (Portal), ed alla satiriasi nell'uomo; tale fu quell'arrabbiato di cui parla Haller, il quale, nello spazio di ventiquattr'ore si abbandonò trenta volte al coito.

Però tosto la respirazione è istantaneamente arrestata, interrotta dalla contrazion spasmodica de' muscoli. L' ammalato allora ha gli occhi stravolti; la sua fisionomia è pallida ed esprime il terrore; una bava schiumosa e più o meno glutinosa e rigettata dagli sforzi violenti e ripetuti di sputacchiare; il polso è piccolo, frequente; il petto e l' epigastrio sono la sede di un tormentoso costringimento; la sete è viva; avvi costipazione. A misura che il termine fatale si avvicina, i disturbi respiratori aumentano; lo sputo è incessante; vi sono singhiozzi; spesso le convulsioni generali si manifestano; esse compariscono spontaneamente, altre volte sono risvegliate dal contatto dell' aria o dalla vista de' liquidi; gli occhi si accerchiano e s'incavano, le labbra si allividiscono del pari che gli estremi delle dita; finalmente la vita si estingue ad un tratto, senza agonia e per la sospensione della respirazione.

Questo secondo periodo è generalmente più breve del primo. La sua durata più comune è di due giorni; può essere solamente di ventiquattr' ore, e si prolunga qualche volta tre, quattro ed anche cinque giorni.

Diagnosi. — L' orror de' liquidi, la respirazione interrotta, lo sputacchiare, sono fenomeni i quali riuniti, non permettono alcun dubbio sulla natura della malattia. La idrofobia sola non saprebbe caratterizzarla; perchè questo sintomo, benchè raro fuori il caso della rabbia, nulladimeno può aver luogo nel corso di certe nevrosi, come l' isterismo o la epilessia, in certe flemmasie delle meningi o del cervello, dopo una violenta commozione cerebrale, come in seguito di uno spavento, o pure nello avvelenamento di un narcotico acre; ec. Però in tutti questi casi, sarà facile stabilire la diagnosi collo studio de' commemorativi e de' sintomi concomitanti. Il caso più difficile è quello di un individuo il quale, morso da un cane sano, si crede arrabbiato ed in fatti addiviene idrofobo. Questo grave sintomo però, à luogo allora unicamente in seguito dello spavento dello ammalato, e si manifesterà pochi giorni dopo la morsicatura: il periodo della incubazione mancherà quasi affatto; non si vedranno neppure i sintomi del primo periodo; infine, la idrofobia sviluppata non sarà accompagnata nè da sputacchiare, nè da disturbi respiratori che esistono nella idrofobia rabbiosa.

Pronostico. — Manifestata la rabbia è stata fin ora una malattia incurabile; felicemente però sta nel poter dell' uomo di prevenirla. I mezzi profilattici sono tanto più efficaci, e per conseguenza il pronostico tanto più favorevole, in quanto la ferita è meno estesa e più superficiale. Le piaghe che sono sfrangiate ed irregolari, sono le più gravi per la difficoltà che incontrasi a perseguire il veleno in tutte le sinuosità che pre-

sentano. Più si tarda ad applicare il mezzo profilattico e più ancora il pronostico è pericoloso; però torna impossibile ancora dire quanto tempo dopo la morsicatura non può più sottrarsi l'ammalato agli attacchi della rabbia. Da ciò il precetto di ricorrere a' mezzi preservativi in qualunque epoca si fosse chiamato.

Cura. — Per prevenire la rabbia, bisogna sollecitamente procurare di distruggere il veleno nel luogo in cui è stato depositato, e prima che lo assorbimento lo abbia trasportato più lungi. Se si fosse testimone dello accidente, bisognerebbe tosto applicare una strettissima ligatura tra la piaga ed il cuore, o impedire anche che lo assorbimento abbia luogo sulla morsicatura, collocando questa sotto una ventosa. Nello stesso tempo i cauteri saranno messi nel fuoco; e subito arrossiti si applicheranno sulla superficie della piaga (ed a qualche linea di là, ed in guisa che il ferro rovente penetri da per tutto ove il dente dello animale si sarà insinuato. Qualunque escoriazione, comunque superficiale, dovrà essere bruciata; se poi la parte fosse talmente sfrangiata da tornare impossibile di poterla cauterizzare con certezza, non bisognerebbe esitare la estirpazione. Quindi è che il naso, un dito ed anche un intero membro sono stati spesso amputati. Se si è chiamato dopo la cicatrizzazione della piaga, bisogna incidere la cicatrice e la scottatura come si sarebbe praticato per una piaga recente. È conosciuto che il cauterio attuale è più fedele in questi casi de' caustici liquidi o solidi. Però eccettueremo il caustico di Vienna solidificato. Checchè ne sia ricordiamoci di bel nuovo che per rendere efficace la canterizzazione bisogna praticarla quanto più presto sia possibile e distruggere intieramente tutte le parti tocche dal virus. Per essere sicuro che tutte sono state comprese, bisognerà pure estendere l'azione del caustico al di là de' limiti del male. In questo caso convien meglio peccar di eccesso anzichè di difetto. Bisogna pure cauterizzare nel caso in cui l'animale il quale è morsicato è solo sospetto di rabbia. Finalmente, non ostante l'incertezza che la rabbia dell'uomo si trasmetta all'uomo, per la stessa incertezza bisogna ricorrere alla cauterizzazione delle morsicature che un individuo arrabbiato potrebbe fare ad un suo simile. Questa precauzione fu presa per un medico de' più distinti dell'Hôtel-Dieu di Parigi, il quale fu morsicato al dito da un idrofobo or sono molti anni.

Molti rimedi sono stati impiegati contro la rabbia manifestata; i principali sono; i salassi su tutte le forme, la bella donna, l'oppio, il muschio, la canfora, il castorio, l'arsenico, il mercurio, il nitrato di argento, le cantaridi, l'ammoniaca, il solfato di chinina, l'acido idrocianico, il cloro, ec. il tutto a dosi energiche, il galvanismo, e persino la morsicatura

della vipera, e le iniezioni di acqua nelle vene. Questa malattia è talmente terribile, sì necessariamente fatale, da giustificare tutti i mezzi che possonsi impiegare contro di essa. Speriamo che a forza di esperimenti (poichè qui l'esperienza è un dovere per tutti), qualche genio felice troverà un giorno lo specifico.

Natura. — La rabbia è una malattia specifica prodotta da un virus. Avendo soltanto riguardo a' caratteri esterni che la distinguono, si potrebbe con Cullen, collocarla nella classe delle nevrosi; però considerando la causa produttrice, bisogna collocarla nella classe delle malattie tossiche. Sarebbe una fanciullaggine pretendere con Bosquillon, che nella rabbia non avvi virus; e che gli accidenti i quali si manifestano sonò lo effetto del timore; poichè così essendo, gli animali i quali probabilmente ragionano pochissimo, ed i fanciulli alla culla, i quali certamente non provano la paura, non dovrebbero contrarre la rabbia: intanto succede il contrario. In fine, altri assomigliando la rabbia al tetano, hanno preteso spiegarla per la irritazione delle parti morsicate la quale si propagherebbe a tutto il sistema nervoso. Questa opinione però non può essere ammessa, poichè la più leggiera morsicatura basta per lo sviluppo della malattia, e questa si manifesta quasi sempre trenta o quaranta giorni dopo lo accidente, cioè precisamente all'epoca in cui la piaga è sempre cicatrizzata o almeno quasi guarita.

Appendice. — *Rabbia del cane.* — *Condizioni nelle quali la malattia ha luogo in questo animale.* — I cani arrabbiati dapprima sono tristi, perdono l'appetito; si osservano certi cambiamenti nelle loro abitudini; tosto fuggono la casa del loro padrone; corrono da per ogni dove colla testa bassa, il pelo irto; grugnano; le loro labbra sono coperte di una bava spumante, mordono le persone e gli animali che incontrano, ma senza cercarli; sembrano piuttosto di cattivo umore anzichè veramente furiosi; fuggono l'acqua; però la idrofobia sembra essere in essi un fenomeno meno costante che nell'uomo. La rabbia pare essere un' affezione, se non sconosciuta, almeno, rarissima nel cane de' paesi caldi, e forse anche in quello il quale vive nelle regioni più settentrionali, come al di sopra di Pietroburgo. Il mese di maggio e di settembre sono le epoche dell'anno in cui si osservano molti cani arrabbiati (Andry). Si dice che la malattia si sviluppava in essi in seguito degli alimenti putrefatti, per la mancanza dell'acqua, dell'esercizio e della dimora ne' canili umidi. Altri hanno incolpato i desideri venerei eccessivi e non soddisfatti (Greve e Capello). Senza niente togliere alla influenza di queste cause, diremo che la rabbia ha luogo più spesso senza forse l'intervento manifesto di alcune di esse. D'altronde non si è potuto mai far sviluppare artificial-

mente la rabbia sottomettendo gli animali alla influenza della maggior parte di queste condizioni, anche quando sono state riunite.

Un cane arrabbiato sarà prontamente ucciso; quello che sarà sospettato tale sarà chiuso ed osservato accuratamente.

DELLA PUSTOLA MALIGNA

La pustola o *pulce maligna* è una malattia virulenta trasmessa all' uomo da certi animali domestici, caratterizzata da una infiammazione cangrenosa de' tegumenti, che raramente si estende al di là del tessuto cellulare.

Storia. — Questa malattia indicata da Celso, descritta da Guy di Chauliac, è stata studiata perfettamente al finir dell'ultimo secolo da Euanx e Chaussier; in fine, più recentemente, il Signor Bourgeois, medico dell' Ospedale d' Etampes, à pubblicato negli *Archives* (febbrajo 1843) un lavoro che sarà letto con molto interesse.

Circostanze nelle quali si sviluppa. — Rarissima a Parigi, la pustola maligna è più comune nelle campagne, regna frequentissima ne' dipartimenti formati dalle antiche provincie di Lorena, di Franche-Comté, di Bourgogne; del Delfinato, del Lionese, ec. È più comune nelle stagioni calde, umide, ne' luoghi bassi, paludosi, e dopo le annate piovose, durante le quali sono state raccolte biade alterate le quali mangiate da' bestiami e dagli animali domestici, sviluppano in esse malattie pestilenziali e cangrenose. Dal rapporto però del Signor Bourgeois, la pustola maligna si manifesterebbe nella Beauce quasi esclusivamente durante i grandi calori. Checchè ne sia, sotto la influenza delle precedenti condizioni, o pure quando gli animali sono stati trapazzati, i fluidi e specialmente il sangue, come pure i solidi, sono impregnati di un principio deletereo, ed allora basta metterli in contatto con una parte qualunque del corpo dell' uomo perchè la pustola maligna si sviluppi. La pelle, il pelo, la lana, sono i tessuti che trasmettono più facilmente la malattia, e sono pure quelli che conservano più lungo tempo il principio contagioso. Quindi è che le ripetute lavande, la esposizione all' aria, ed anche i cambiamenti operati con diversi processi di fabbrica per appropriare queste sostanze a' nostri bisogni domestici, sono spesso insufficienti per distruggere completamente il principio virulento; quindi possono, dopo alcuni anni, trasmettere ancora il contagio. Sembra poi, per lo contrario, che ne' processi dell' arte culinaria il virus può essere distrutto. Ed in vero Morand, Thomasin, Duhamel citano alcuni fatti in cui molti individui hanno man-

giato impunemente la carne degli animali affetti dalla malattia della pustola, ed aveva comunicato la pustola a coloro che li avevano decorticati. Da un'altra parte però, Enaux e Chaussier, ed il dottor Turchetti, negli *Annali universali di medicina* (1832), rapportano fatti i quali dimostrano che la carne degli animali morti col carbone può far nascere, se non una pustola maligna, almeno malattie gravi di forma putrida o cangrenosa, il che deve impedire la vendita delle carni si deleteree.

Da ciò che precede non deve recar meraviglia che la pustola maligna affetta soltanto quelli che stanno in rapporto cogli animali ammalati, o quelli che lavorano la loro pelle. Tra i primi, citeremo i pastori, i massari i macellai, i lavoratori i ferrari; tra i secondi si trovano i preparatori di pelli, i conciatori, i cardatori di materazzi. La malattia si sviluppa frequentemente ed unicamente sulle parti le quali sono messe in contatto col principio virulento: quindi si osserva più frequentemente alle mani ed all'avan braccio, alla faccia ed al collo. La malattia si trasmette non solo direttamente toccando, per esempio, il sangue il pus o le pelli di un animale ammalato, ma frequentemente ancora può essere trasmessa per mezzo di un insetto, come una mosca, la quale dopo aver succhiato le materie putride, le deposita sulla pelle dell'uomo.

La pustola maligna è contagiosa e trasmissibile dall'uomo all'uomo; però crediamo colla maggior parte degli autori non essere mai spontanea in esso. Le osservazioni pubblicate da Bayle, per provare che la pustola maligna può svilupparsi primitivamente nell'uomo sotto la influenza sola di una causa interna, non sono affatto concludenti (Thèse de Paris, ann. 1802.)

Divisioni. — Allo esempio di Enaux e Chaussier, distingueremo nella pustola maligna quattro periodi; se ne potrebbe ammettere un quinto che chiamerebbesi *periodo d'incubazione*, e che si estenderebbe dal momento dell'applicazione del virus sino alla manifestazione de' primi accidenti, il che comprende uno spazio che varia tra un'ora o sei giorni.

Primo Periodo. — Lo sviluppo di questo periodo è indicato da un prurito o un pizzicore vivo e passeggero sul punto che è stato in contatto col veleno. Tosto vi si sviluppa una vescichetta del volume di un granello di miglio, che si apre spontaneamente, o che gli ammalati lacerano grattandosi, e dalla quale gème un siero grigiastro.

Secondo periodo. — Nel secondo periodo della malattia, un piccolo nocciolo duro, lenticolare, senza protuberanza, si sviluppa nella spessezza della pelle; questa non presenta alcun cambiamento di colorito, eccetto al livello della vescichetta, dove il corpo mucoso ed il derma offrono un colorito livido o

citrenato; il prurito si manifesta più incomodo; vi si unisce un senso di calore di cuocere e di erosione; la pelle vicina s'ingorga; essa è tesa, lucida, un' areola (si scolpisce attorno al punto centrale; essa è pallida, rossastra o livida, o pure color di arancio, framista da diversi coloriti, e disseminata da flitteni isolate, poco riunite; ripiene di un siero rossastro ed acre. Lo induramento centrale addiviene allora bruno, e prende tutti i caratteri di un' escara completa. Questo periodo, che dura qualche volta molti giorni, ordinariamente non dura che alcune ore. La malattia già bastantemente caratterizzata, allora fa novelli progressi, ed in questo momento comincia il terzo periodo.

Terzo periodo. — Il punto cangrenoso si estende in profondità e specialmente in superficie, sempre preceduto da un' areola protuberante che forma un cercine, il quale fa sembrare infossata la escara. Questo cercine è formato da un ingorgo pultaceo, come edematoso, del tessuto cellulare. La parte ammalata si rende pesante; la pelle che la ricopre è tesa; la gonfiezza è resistente, elastica, ma senza scoppiettio enfisematico; le strisce rossastre si scolpiscono sulle membra e si dirigono verso i gangli linfatici. Sino a questo momento la malattia è rimasta a poco presso locale, o almeno non esiste ancora alcun sintomo pericoloso. Se deve avere un esito felice, spesso la cangrena si limita, e dopo alcuni giorni l'escara si distacca: ne' casi più gravi però, specialmente se l'esito deve essere fatale, la cangrena continua i suoi progressi, si sviluppano i sintomi generali pericolosissimi, simili a quelli che si osservano nelle forme adinamiche ed atassiche delle febbri tifoidee più gravi. Il delirio, indicato siccome quasi costante da tutti gli autori, avrebbe luogo eccezionalmente soltanto, secondo il Signor dottor Bourgeois. La malattia è giunta allora al suo quarto periodo.

La pustola maligna non presenta però in tutti i casi questa successione di accidenti: in fatti, la malattia a qualche volta un corso talmente rapido che i quattro periodi sembrano confondersi, o almeno la loro durata è soltanto efimera, perchè in diciotto o ventiquattr' ore gli ammalati periscono con una cangrena estesa e con i più gravi accidenti generali. Altra volta, sotto la influenza di una cura conveniente o per le sole forze della natura, la malattia si limita e non oltrepassa il secondo o terzo periodo. In generale, la pustola maligna dura dodici o quindici giorni, non compreso il tempo necessario per la cicatrizzazione della piaga che a luogo dopo la caduta dell'escara: questa piaga però quando è troppo estesa, può consumare gli ammalati per un abbondante suppurazione; in oltre può essere seguita da difformi cicatrici e da adherenze contro natura, ec.

Per la precedente descrizione passerò sottosilenzio alcune varietà di forma che presenta la pustola maligna, secondo i punti del corpo che invade; debbo solamente in questo luogo richiamare l'attenzione sopra una forma della malattia che Bourgeois à molte volte osservato nella Beauce, consistente in un gonfiamento dapprima pallido, o azzurrognolo, semi trasparente. Manca qualunque dolore locale; lo ammalato prova appena un leggiero prurito; alla fine di due, qualche volta di tre giorni le vescichette, poi le escare si manifestano su questi veli membranosi, in fine tutto l'apparato sintomatico, tanto interno quanto esterno della pustola maligna la più specchiata, si sviluppa. Il Signor Bourgeois crede che in questo caso il virus à dovuto essere assorbito dalla mucosa oculare, quantunque questa non presenti alcuna traccia del bottone.

Diagnosi. — La pustula maligna presenta caratteri talmente distinti, che dal secondo periodo torna impossibile poterla confondere con alcuna malattia specialmente colla risipola, il flemmone, il chiodo, l'antrace, o colla morsicatura di una vespa o di una zanzara: poichè nel foruncolo avvi un tumore acuminato, rosso o azzurrognolo, durissimo e dolorosissimo, senza vescichetta nè escara; l'antrace è distinto pel volume, la durezza, il colorito del tumore, il quale offre la figura di molti chiodi riuniti. La puntura della vespa, pel gonfiamento che l'accompagna, potrebbe simulare una pustola maligna, se mancassero, oltre la conoscenza delle circostanze precedenti il male, la rapidità colla quale il gonfiamento si è manifestato, la mancanza di vescichette o di escare, la esistenza di un piccolo tumore duro, biancastro, arrotondato, un poco protuberante, in mezzo del quale possi vedere qualche volta il pungiglione dello animale. Il Signor Bourgeois è stato molte volte meravigliato dall'analogia che esiste tra gli accidenti prodotti dal veleno della vipera e dal virus del carbonchio; però nel primo caso esistono di rado le escare, ed i fenomeni morbosi anno un corso più rapido.

Pronostico. — La pustula maligna è una malattia pericolosissima; la gravezza del pronostico sta in rapporto colla estensione della malattia. La pustola maligna la quale occupa la testa ed il collo è più grave di quella che à sede sulle membra. Nel primo caso, le palpebre e gli occhi sono frequentemente distrutti; nel secondo, gl'individui periscono con i sintomi di disfagia e di soffocazione in conseguenza della compressione che le parti molli tumefatte esercitano sullo esofago e sulla trachea.

Necropsie. — Pochi dettagli precisi si posseggono sulle lesioni che trovansi in quelli morti per la pustola maligna; il loro cadavere si putrefa rapidamente; intorno alla pustola, il tessuto cellulare presenta un infiltramento gelatiniforme che mol-

to lo assomiglia ad una fetta di limone. L'escara interessa qualche volta la pelle soltanto o non penetra che di alcuni millimetri al di là di questa membrana. Non si conosce quasi nulla sullo stato de' visceri; si dice di averli veduti cangrenati: Reydellet pretende anche di aver trovato una pustola maligna nel colon; però questi fatti debbono accettarsi colla massima riserva.

Cura. — Alcuni, ingannati dallo apparato infiammatorio esistente attorno la vescichetta, hanno prescritto gli antilogistici e l'applicazione degli emollienti; questi mezzi però sono inutili e spesso nocivi. È conosciuto oggi che per limitare la cangrena, bisogna distruggere le parti ammalate con i caustici. È stato consigliato il butirro di antimonio; questo mezzo però è spesso infedele; quindi si deve preferire il caustico di Vienna o il ferro rovente. Il Signor Bourgeois preferisce la pietra al cauterio. La cauterizzazione dovrà comprendere tutta la superficie sulla quale si sono sviluppate le litteni e l'areola, e se un'escara già esiste, bisogna inciderla per portare il caustico al di sotto di essa. Se poi il medico è consultato quando già la cangrena è molto estesa, la cauterizzazione non può più applicarsi; forse però si potrebbe ancora procurare di circoscriverla col caustico di Vienna, il quale determinerebbe all'intorno della cangrena una novella escara di alcuni millimetri di estensione. Nello stesso tempo le parti ammalate saranno ricoverte di decozioni di china, di fomenti vinosi, alcoolici canforati onde rianimare la vitalità delle parti. Torna superfluo dire dover combattere con analoga cura lo stato generale e le complicate: i tonici, come la china, le bevande vinose, gli eccitanti diffusivi, sono mezzi quasi costantemente indicati ad un'epoca anche poco lontana dallo sviluppo; mentre che i debilitanti, come gli antilogistici ed i purganti, favoriscono la cangrena.

Per evitare la pustola maligna, non bisogna toccare nè il sangue nè il pus degli animali ammalati, nè le loro pelli: i loro cadaveri debbono essere sotterrati ad una certa profondità. Coloro, le mani de' quali o una parte qualunque del corpo saranno stati in contatto con un liquido o una pelle dello animale, dovranno tosto lavarsi coll'acqua di sapone e con un'acqua mista ad aceto o resa stimolante coll'acido idroclorico.

DEL CARBONE MALIGNO

Il carbone maligno è una malattia caratterizzata da un tumore ordinariamente poco protuberante, durissimo; dolorosissimo, di un colorito rosso vivo o risplendente alla circoscrizione, presentando al suo centro alcune vescichette o pustole di

quide, tosto sostituite da un' escara nera come il carbone, ciò che giustifica il nome che gli è stato dato. Si distinguono due specie di carbone maligno; l'uno è detto *pestilenziale*, perchè costituisce uno de' sintomi concomitanti la peste; l'altro, ed il solo di cui ci occuperemo in questo luogo, è il carbone *maligno* propriamente detto o *non pestilenziale*.

Quest' ultimo à luogo ordinariamente nelle stesse condizioni della pustola maligna, ed è prodotto dalle stesse cause, cioè ch' è trasmesso all' uomo pel contatto del sangue, dalle carni o altre spoglie degli animali affaticati o affetti da malattie di carbone. Però è stata quistione che queste due malattie non erano identiche; in fatti esistono tra esse alcune differenze capitali. Quindi la pustola maligna non à mai luogo spontaneamente nell' uomo: per lo contrario il carbone è qualche volta spontaneo nè campagnuoli mal nutriti, che fanno uso di acque imputanale, ed esposti mai sempre ad un sole ardente. Le due malattie differiscono ancora per i loro caratteri esterni. In fatti la pustola maligna è rimarcabile per una gonfiezza considerevole, renitente, semi enfisematosa; mentre che nel carbone il tumore è circoscritto, lucido, di un rosso carico alla circonferenza; esso è la sede di un vivo dolore, lacerante che mai si osserva nella pustola maligna. Malgrado però queste dissimiglianze, non si può far dimeno di conoscere (che le due malattie hanno molto rapporto tra esse; forse bisogna considerarle come identiche, e prodotte dallo stesso contagio, poichè abbiám veduto che il carbone di un animale poteva trasmettere indifferente-mente all' uomo o un carbone o una pustola maligna, malattie le quali sono tutte due egualmente contagiose.

Un carbone maligno si associa sempre a gravissimi accidenti; simili a quelli che osservansi nel quarto periodo della pustola maligna. La morte, che è l' esito più ordinario della malattia può aver luogo rapidissimamente.

La cura da impiegarsi contro la malattia consiste nel cauterizzare il centro del tumore col ferro rovente o pure col caustico di Vienna; questo sarà pure ricoverto da cataplasmi emollienti; altri preferiscono ragionevolmente i cataplasmi composti di levito di birra e chinachina; infine alcuni impiegano le frizioni mercuriali. Internamente si amministreranno gli stessi medicamenti impiegati nella pustola maligna. I salassi convengono in soli casi eccezionali.

DELLA MORVA ACUTA

La morva pochi anni fa apparteneva alla sola ippiatrica, oggi però è compresa nel dominio della patologia umana. P'uo-
si definire, una malattia febbrile prodotta da un virus, parti-

colare, che trasmettisi costantemente da' solipedi all' uomo, nel quale non è mai spontanea, e presenta come speciali caratteri una particolar coriza con abbondante segrezion purulenta e sanguinolenta, eruzion pustolose della pelle, e spesso ancora tumori purulenti o linfatici e cangrenosi della superficie del corpo.

Questa malattia può esistere nell' uomo, come nel cavallo tanto allo stato acuto quanto cronico. La morva acuta è la più comune; quindi di questa ci occuperemo in primo luogo.

Storia. — Quantunque sia stato provato sin dal 1812 che la scabbia del cavallo poteva comunicarsi da questo all' uomo, solamente nel 1821 un chirurgo di Berlino (Shilling) pubblicò la prima osservazione di scabbia cavallina acuta nella specie umana. Da quest' epoca in poi, di simili fatti furono osservati in gran numero in Alemagna, in Italia ed in Inghilterra, dove Elliotson pubblicò importanti lavori sulla malattia. In Francia però mancava ancora una nozione precisa su di essa, quando nel 1837, il Signor Rayer comunicò all' Accademia di medicina la osservazione di un ammalato morto al suo spedale con tutti i sintomi della morva acuta. Ravvicinando questo fatto a quelli già conosciuti, il Signor Rayer compose un lavoro estremamente importante, inserito nel t. IV *des Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Una volta risvegliata l' attenzione si acquistò tosto la trista certezza che la morva non era una malattia rara a Parigi. Dopo il 1837 se ne sono osservati regolarmente tre o quattro casi in ciascun anno nella popolazione degli ospedali civili. La morva dunque è oggi una malattia perfettamente stabilita: il Signor Vigla nella sua tese (1839), e Ollivier d' Angers nel *Dictionnaire de médecine*, hanno presentato su questa spaventevole malattia un fedelissimo quadro, utilissimo per poter descrivere questo articolo.

Anatomia patologica. — In quelli che muoiono colla morva acuta, si trovano numerose alterazioni dipendenti da molti organi. Quindi su diversi punti della pelle, si osservano molte specie di eruzioni; cioè, papole rosee accompagnate dallo induramento e dallo iniettamento della porzion corrispondente del derma; in un grado più avanzato, l'epidermide è sollevato da un piccolo deposito di linfa plastica, mentre che il derma è escoriato ed assottigliato. Altra volta si veggono una o molte pustole, piccole le une, le altre grosse come bolle di rupia, contengono un liquido purulento o sanioso, sono opache o violacee; sotto di esse il derma è infiltrato da pus, le sue maglie sono distaccate, o pure il tessuto è spessito e qualche volta cangrenato. L' alterazione guadagna spesso il tessuto cellulare, il quale è pure infiltrato dal pus o da un liquido gelatiniforme, e mortificato, più spesso disseminato di ascessi. Però nelle fosse nasali si trovano le lesioni più distinte e più caratteristiche

della malattia. La pituitaria, coverta da un muco grigiastro, puriforme, striata di sangue, è generalmente rossa iniettata, spessita e gonfia: sulla sua superficie si osservano diverse protuberanze giallastre, rotonde, isolate o a gruppi, e di un volume che varia tra quello di una testa di spilla e di un granello di miglio. Incisi questi tumori, si conosce essere formati da un deposito di pus o di linfa plastica; ammolendosi danno origine alle ulcerazioni rotonde, regolari, a bordi troncati, con fondo levigato e lucido. Queste ulcerazioni si fanno ampie ora pel progresso ulcerativo, altra volta per lo sviluppo di novelle papole o novelle pustole che a suo tempo si esulcerano. In altri punti, la membrana mucosa è ammolita, cangrenata, e si distacca sotto forma di lembi, le cartilagini, e le ossa denudate sono iniettate, cariate, la chiusura può essere perforata. Queste alterazioni possono essere circoscritte al naso, più spesso invadono le fosse nasali, le inferiori specialmente: si possono pure osservare sin dentro i seni frontali e mascellari.

Queste stesse alterazioni, e specialmente la eruzione, si osservano frequentissimamente alla parte posteriore del velo palatino e sulle pareti della faringe. Un poco d'iniettamento delle tonsille è della lingua, ed in alcuni casi rari la mortificazione della mucosa palatina, sono le sole lesioni che esistono per parte degli organi digestivi. Sulla faccia posteriore dell'epiglottide e sulle ripieghe ariteno-epiglettiche si vede la stessa eruzione pustolosa delle fosse nasali; essa è molto confluyente da poter determinare qualche volta un gonfiamento considerabile de' tessuti, e per conseguenza un restringimento della glottide, che produce l'asfissia. La stessa eruzione e spesso le multiple ulcerazioni esistono nella laringe e nella trachea; in fine ne' polmoni si osservano costantemente le epatizzazioni lobari e lobulari al secondo o terzo grado, ed il più delle volte gli ascessi metastatici. Nello apparato circolatorio per lo più non osservasi alcuna distinta alterazione, lo stesso sangue non differisce affatto in quanto al suo aspetto da quello che trovasi sulla maggior parte de' cadaveri. In alcuni casi rari si è osservata una flebite di una o molte vene delle membra; questa stessa lesione, secondo il Signor Vigla, si osserverebbe frequentemente nella vicinanza de' focolari purulenti e cangrenosi. Le vene ed i vasi linfatici possono e debbono essere spesso infiammati quando la morva è stata trasmessa mediante la inoculazione. I gangli linfatici del collo, quelli degl'inguini, delle ascelle, abbenchè generalmente intatti, sono qualche volta rossi e gonfiati; finalmente in quasi tutti gl'individui si trovano gli ascessi in molti muscoli, specialmente in quelli delle membra; il pus esiste anche frequentemente in una o molte articolazioni.

Sintomi. — Quando la morva è stata contratta mediante la infezione, dice il Signor Vigla, che i prodromi sono quelli di una febbre grave; avvi perciò mal'essere, contrattura, brividi, diversi sintomi gastrici, dolori generali o circoscritti in alcune regioni del corpo, come la testa, gl' ipocondri, il torace, il dorso, ma specialmente le membra superiori ed inferiori; la debolezza è quasi sempre estrema, gli ammalati si lagnano di cefalalgia, spesso avvi diarrea. Quando il pus della morva è stato inoculato da una piaga, da una puntura, ec., questi sintomi sono stati preceduti da una infiammazione locale (risipola, linfite, ingorgo de' gangli linfatici) che essa stessa a sviluppati due o otto giorni dopo la inoculazione. In fine si osserva frequentemente la morva manifestarsi bruscamente nel corso di una scabbia cavallina cronica, siccome verrà da noi stabilito in prosieguo. Qualunque sia il suo modo d' invasione, tosto i dolori muscolari ed articolari si aggravano; il polso si sviluppa, il calore della pelle si eleva. Questi dolori, che allora costituiscono il fenomeno predominante, somigliano affatto a quelli del reumatismo acuto, ed il medico li considera quasi sempre come tali. Generali spesso allo sviluppo, non tardano a fissarsi sopra una o molte grosse articolazioni, essi vi acquistano una grande intensità e resistono a tutti i calmanti. Alla fine di alcuni giorni, un' articolazione dolorosa, o un punto qualunque della faccia (mai forse il tronco), addiviene la sede di una infiammazione erisipelacea che tosto si copre di vescichette e di macchie cangrenose; altra volta è una eruzione di tubercoli, di filiteni o di pustole, le quali sono state paragonate a quelle del vaiuolo o della varicella pustolosa: si disseccano lentamente e possono esserè seguite da ulcerazioni che tendono ad ingrandirsi. Allora la febbre continua, ma spesso è meno sviluppata, la lingua è rossa alla punta, sporca alla base, avvi diarrea; la respirazione è accelerata, ansante: l'aria circola difficilmente a traverso le fosse nasali, in seguito del gonfiamento della mucosa. Gli ammalati sono affetti da coriza, da leggiera tosse secca e rara; i rantoli sibilanti, mucosi, sottocrepitanti sono disseminati nel petto. Mentre che la cangrena si estende, novelli tumori, o pure semplici macchie rosse si estendono sulle altre parti del corpo con manifesta tendenza allo stesso esito. Un flusso mucoso, sanioso, o puriforme, giallastro, vischioso, striato di sangue, abbondante e fetido si stabilisce dalle narici. Esaminandosi allora le fosse nasali, la mucosa si trova ordinariamente rossa escoriata, ulcerata; la chiusura può essere perforata. La pelle della faccia e degli estremi si copre di novelle pustole e di bolle cangrenose; la cangrena cammina più rapidamente alla faccia anzichè nelle membra. Le raccolte purulenti circoscritte anno

luogo nel tessuto cellulare sottocutaneo, specialmente nella spessezza de' muscoli; non si accompagnano ad alcun cambiamento di colorito della pelle. Gli ammalati sono allora molto oppressi; anno sinistri presentimenti; il loro sonno è agitato da sogni; la maggior parte presentano già un subdelirio; la respirazione si accelera; la tosse è più frequente; spesso espellono sputi ruginosi e sporchi, il polso addivien celere o depressso; la lingua si fa arida, nera; la gola è la sede di dolore; i punti cangrenosi si osservano alla volta del palato, e gli scarichi ventrali numerosi e fetidi già esistono. Questi e le urine anno luogo tosto involontariamente; allora la prostrazione è estrema; il delirio è continuo o alterna col coma; lo scolo nasale è più vischioso; le pustole cutanee, la cangrena ed i tumori purulenti si moltiplicano; l'ammalato tramanda un odor fetido, cadaverico, la respirazione è imbarazzata, e la morte à luogo.

Corso, durata, esiti. — Una volta manifestata la malattia, in generale corre rapidamente verso un esito fatale; qualche volta può manifestarsi lentamente; quindi è che si veggono ammalati provare solamente per un mese o sei settimane mal'essere, febbre ed alcuni dolori delle membra; poi tutto ad un tratto i sintomi acquistano grande intensità. La morte è stata il solo esito sin ora della morva; ordinariamente à luogo dal quindicesimo al ventesimo giorno, qualche volta più tardi (il trentesimo), raramente più presto (ottavo o dodicesimo). I signori Vigla e Tardieu sono di accordo nel dire che la morva consecutiva alla scabbia cavallina à un corso più acuto di quella primitiva; quindi, mentre nella prima la morte à luogo soltanto dal quindicesimo al ventesimo giorno, nella seconda succede il più delle volte dal quinto al decimo, e si può calcolare a sette giorni la durata media della malattia.

Diagnosi. — La morva acuta, specialmente quando à luogo mediante infezione, si manifesta quasi sempre in modo insidioso. Il predominio di certi sintomi può far credere l'esistenza di diverse malattie: quindi i dolori muscolari ed articolari risvegliano la idea di un reuma febbrile; altre volte i brividi, la febbre, alcun poco di dispnea, la tosse ed un dolore toracico chiamano l'attenzione sugli organi del petto. Altre volte i primi sintomi locali si osservano alla gola, e tosto si crede un angina; in fine la cefalalgia, le vertigini, l'oppressione, la diarrea, ec. portano a pensare che una febbre tifoidea sta per svilupparsi. In un periodo più avanzato, la morva rassomiglia molto all'affezion purulenta che spesso viene in seguito alla puntura degli anatomici o a quella che vien dietro le flebiti; in fine si potrebbe trovare una certa somiglianza tra la morva colla cangrena e la pustola maligna. In tutte le ma-

lattie però che abbiamo enumerate, e di tutte quelle alle quali l'uomo è soggetto, non avvi che la morva; la quale, in mezzo ad un apparato di sintomi gravi, determina la eruzione e lo scolo nasale che abbiamo descritto, e sulla pelle la eruzione pustolosa di cui abbauiam parlato. Aggiungiamo che nell'autopsia, questa eruzione e le ulcerazioni del naso e della laringe formano cogli ascessi muscolari il vero carattere anatomico della malattia. Ma siccome i sintomi caratteristici (scolo nasale ed eruzione) si manifestano soltanto ad un'epoca più avanzata, per stabilire la diagnosi sin dallo sviluppo, bisogna aver riguardo alla fisionomia particolare degli accidenti, alla loro maniera di successione ed ai commemorativi dello individuo; però riunendo tutti questi dati, spesso non si potranno emettere che sospetti sino alla comparsa de' sintomi che soli sono caratteristici. Dobbiamo però aggiungere che la eruzione può mancare; ciò forse à luogo solamente una volta su venti casi. Diciamo ancora che qualche volta la segrezione nasale è talmente poco abbondante che non esiste alcuno scolo; sia che la materia si condensa sul naso, sia che scoli nella gola. Allora basta far soffiare o nettare il naso agli ammalati per determinare la uscita di una certa quantità di muco puriforme: la osservazione delle fosse nasali farà pure conoscere il più delle volte la eruzione e le ulcere della morva.

Prognosi. — La morva è una delle più terribili malattie che potessero affliggere l'uomo, poichè sin oggi non si conosce alcun caso di guarigione. Nel cavallo poi la morva acuta guarisce qualche volta; questa circostanza deve farci sperare che la malattia non sia radicalmente incurabile nella specie umana.

Etiologia. — La morva non si sviluppa mai primitivamente e spontaneamente nell'uomo; ma gli è costantemente comunicata da' solipedi che ne sono affetti. La malattia è stata osservata solamente ne' palafrenieri, ne' cocchieri, ne' sensali di cavalli, ne' coltivatori, ne' cavalieri, (ne' veterinari che erano stati in rapporto più o meno lungo tempo co' cavalli affetti da morva. Il più delle volte però la malattia si comunica perchè la materia che scola dalle narici dello animale è messa in contatto con qualche soluzion di continuo esistente specialmente alle dita. In un gran numero di casi però, sembra non esservi stata inoculazione, e la via per la quale il virus è penetrato rimane sconosciuta: il contagio deve essere in questo caso mediato; quindi è che molti individui sono colpiti dalla morva per aver solamente dormito, nelle infermerie di cavalli affetti da morva. E oggi dimostrato con sei o sette esmpj, e specialmente da un fatto osservato, or sono pochi anni, da A Bérard all'ospedale Necker, che la morva acuta è trasmissibile dall'uomo all'uomo; in fatti si vide perire di questo male un allievo de-

gli spedali, incaricato di curare un individuo colpito da scabbia cavallina. Si può ancora, inoculando lo scolo del naso ed il pus raccolto negli ascessi dell' uomo a' solipedi, come il cavallo l' asino, determinare in essi tutti i sintomi della morva acuta.

Cura. — Non possiamo consigliare alcuna cura contro la morva, perchè tutti i mezzi impiegati sin ora sono stati privi di effetto, tali sono: i salassi generali e locali, i tonici, i cloruri, gli eccitanti diffusivi, i mercuriali, i sudoriferi, i purganti, ec.

Natura. — La morva acuta è una malattia virulenta, che risulta dalla introduzione nella economia di una sostanza deleteria, fornita da' solipidi colpiti da morva, ed esistente nella segregazione delle fosse nasali, nel pus degli ascessi, e forse ancora nel sangue. Avendo riguardo alla causa produttrice ed a' sintomi che l' accompagnano, la morva deve essere considerata come una malattia generale; le alterazioni locali che la caratterizzano non sono affatto la causa degli accidenti ma la espressione dello stato generale. La morva acuta dell' uomo è identica a quella del cavallo; in fatti in quest' ultimo si osservano gli stessi dolori reumatici, lo stesso flusso nasale, le stesse eruzioni ed ulcerazioni delle fosse nasali, le stesse infiammazioni polmonali, gli stessi ascessi muscolari, le stesse eruzioni pustolose della pelle, come ancora le cangrene. La sola differenza alquanto distinta consiste nell' alterazione de' gangli linfatici sotto mascellari: questi sono costantemente affetti ne' solipedi, mentre lo sono raramente o ad un leggiero grado nell' uomo. Tutte queste cose altro non sarebbero che variazioni talmente poco distinte da non potersi credere a priori, avendo riguardo specialmente alla differenza di organizzazione.

DELLA SCABBIA CAVALLINA ACUTA

Si dà il nome di *scabbia cavallina* ad una malattia del cavallo, di corso acuto o cronico, caratterizzata specialmente da molteplici tumori sviluppati sul tragitto de' vasi e ne' gangli linfatici, tumori i quali suppurano, la cui materia inoculata riproduce una malattia identica e gli accidenti di morva acuta. La scabbia cavallina in fatti è lo stesso contagio della morva; se esiste qualche differenza tra le due malattie, questa appartiene unicamente alla sede: in fatti nella morva la lesione delle fosse nasali è costante, mentre manca nella scabbia.

Sintomi. — Si osservano dapprima i sintomi locali che producono le punture anatomiche, cioè un' angioleucite o una infiammazione flemmonosa, o pure una flebite e lo ingorgo doloroso de' gangli linfatici. Questi accidenti si accompagnano a febbre; possono diminuire e terminare colla guarigione: in que-

sto caso, la malattia non differisce affatto pel suo corso ed i suoi sintomi dagli accidenti che avrebbe prodotti una semplice puntura anatomica: quando però il virus, penetrando profondamente, infetta la economia intera, sono più frequenti in questo caso che nelle semplici punture anatomiche gli ascessi molteplici nelle diverse parti: si osserva specialmente la eruzione pustolosa e cangrenosa della morva acuta. Quest'ultimo accidente secondario, che si manifesta dal secondo al quarto settenario, rende chiara la scabbia cavallina acuta dell'uomo dalle punture anatomiche e dalle altre forme di assorbimento purulento. La malattia à avuto fin ora quasi sempre un esito funesto.

Diagnosi. — La esistenza del flusso nasale e di una eruzione pustolosa nelle narici e nella laringe distingue la morva acuta dalla scabbia cavallina; pur tuttavia, siccome l'osserva il Signor Rayer, la morva acuta mostrandosi sempre nell'uomo co' caratteri esterni della malattia che viene indicata nel cavallo sotto il nome di *morva acuta scabbiosa*, l'analogia della scabbia acuta colla morva è una delle più specchiate.

Pronostico. — La scabbia quantunque estremamente pericolosa è però meno necessariamente mortale della morva.

Cura. — La sua cura locale è la stessa delle punture anatomiche; la generale è tanto incerta quanto quella della morva acuta.

DELLA MORVA E DELLA SCABBIA CAVALLINA CRONICHE

La morva e la scabbia possono esistere nello stato cronico nell'uomo come ne' solipedi. Queste malattie, le quali sin oggi erano meno conosciute che nol sono nella loro forma acuta, sono state in questi ultimi tempi l'oggetto di un importante lavoro del Signor Tardieu (Tese di Parigi, 1843, n.° 15). Dalla eccellente monografia di questo medico raccoglieremo la maggior parte de' dettagli che saremo per dare.

1.° *Scabbia cronica.* — La scabbia cronica è caratterizzata nell'uomo da molteplici ascessi, da angiolecuiti specifiche, da dolori articolari e muscolari, che producono un'alterazione profonda della costituzione ed il più delle volte termina colla morva acuta.

La scabbia cronica può esistere sola o accompagnata da morva cronica; in tutti i casi è più frequente di quest'ultima.

La scabbia cronica non si sviluppa spesso nello stesso modo. Qualche volta la inoculazione succedendo direttamente mediante una puntura o il contatto della materia virulenta con una superficie denudata, dapprima si osservano gli accidenti lo-

cali di un' angiolecite o di un flemmone ; altre volte non esistono affatto disordini locali , ma gli ammalati sono colpiti ad un tratto da sintomi generali , come febbre intensa , continua , remittente , o ad accessi regolari , cefalgia viva , vomiti delirio ; dopo tre o quattro giorni questi accidenti si calmano , cessano anche , e si formano de' punti di suppurazione nelle diverse parti del corpo . Però la malattia sviluppa quasi sempre lentamente ed in modo insidioso : quindi un individuo dopo essere rimasto per lungo tempo in contatto con i cavalli affetti da morva o da scabbia , prova di tempo in tempo dolori nelle articolazioni e nella continuità delle membra , che simulano su tutti i rapporti un reumatismo cronico ; nello stesso tempo le forze mancano , e spesso diminuisce il buon portamento ; dopo un mese o sei settimane , gli ascessi si formano . Questi hanno luogo qualche volta in una parte che à sofferto qualche urto esterno , il più delle volte si manifestano spontaneamente ; occupano quasi sempre le membra , e specialmente le inferiori , e nel senso della flessione . Questi tumori sono sempre indolenti e fluttuanti sin dallo sviluppo ; quindi da un giorno all' altro si forma sopra un punto del corpo , e senza alcun patema , un tumore fluttuante che qualche volta si assorbe in sì poco tempo per quanto ne è scorso nel formarsi ; più di rado gli ascessi della scabbia cavallina percorrono le fasi degl' ingorghi flemmonosi . Finalmente abbiain veduto in un malato quasi tutte le raccolte purulenti essere precedute per qualche tempo da noccioli d' induramento avendo un volume di un' avellana , di una noce o di un piccolo uovo : aveano sede quasi tutti nella tessitura de' muscoli , e sembravano essere costituiti da focolari apoplettici . Quando questi ascessi si aprono , ne esce raramente un pus flemmonoso ; però il liquido che tramandono è quasi sempre formato da un pus sieroso grigiastro sanioso , e qualche volta da un sangue puro . Inoculata a' solipedi , questa materia riproduce in essi la scabbia o la morva . Questi ascessi , variabilissimi pel numero , lo sono pure pel loro volume ; i più grossi che siano stati veduti contenevano sino a 500 gramme di liquido , questo fatto però è raro ; sono quasi sempre mal circoscritti e diffusi alla loro base . In opposizione a ciò che osservasi nel cavallo , nella scabbia cronica dell' uomo si osservano i gangli linfatici colpiti secondariamente soltanto ed in pochissimi casi ; gl' ingorghi non hanno sede ohe nell' ascella o all' inguine , e sono sempre consecutivi delle angiolecite locali o della presenza di un ascesso sviluppato nelle vicine regioni . Quest' ingorghi non presentano mai un gran volume ; appena sono dolorosi , si risolvono facilmente , ed hanno poca tendenza , quando durano , a terminare colla suppurazione . In riassunto , il Signor Tardieu dice che lo ingorgo ganglionare lungi di essere come

ne' solipedi, il segno principale della scabbia cavallina, in quella dell'uomo costituisce appena un sintomo rarissimo, sempre secondario, e che indica in lui quasi sempre la esistenza della diatesi scrofolosa. Questi ascessi, più o meno numerosi, simultanei o consecutivi, sono spesso, con un poco di debolezza o di anoressia, il solo segno della malattia. A misura però che gli ascessi si moltiplicano, le forze diminuiscono di vantaggio, il che unito a' dolori de' muscoli e delle giunture, impedisce agli ammalati di darsi ad alcun travaglio; spesso le digestioni si turbano e di tempo in tempo vi sono vomiti e diarrea. Tra gli ascessi che fanno luogo, gli uni, come lo abbiamo detto, si assorbito; la maggior parte si aprono o suppurano per lungo tempo; alcuni si accompagnano a scollamenti della pelle o si trasformano in ulcere saniose. In questo stato, il dimagrimento progredisce rapidamente; la pelle si fa arida; esistono brividi; la febbre etica si accende, allora alcuni ammalati fanno una tosse secca, punti dolorosi nel petto e sudori notturni senza che la esplorazione manifesti alcuna lesione de' polmoni. In fine, dopo molti mesi o molti anni di patemi, questi individui periscono esinaniti e nell'ultimo grado del marasmo.

La scabbia cavallina impiega un tempo lunghissimo a percorrere questi diversi periodi. I sintomi d'invasione, quando sono acuti, dice il signor Tardieu, durano alcuni giorni soltanto, o due o tre settenari o più. Gli ascessi cominciano dal terzo al tredicesimo giorno; qualche volta si osserva una intermittenza negli accidenti; quindi gli ascessi si assorbito, le piaghe si cicatrizzano, e non si manifestano più altre collezioni purulenti; però in generale, dopo brevissimo tempo, gli accidenti ricompariscono, ed allora la malattia corre incessantemente verso un esito fatale. Questo à luogo ora lentamente in seguito dello indebolimento progressivo della costituzione; il più delle volte forse gli ammalati muoiono per una morva acuta che si manifesta di botto, ad un'epoca più o meno avanzata: altre volte l'esito funesto è accelerato, perchè la scabbia cavallina si accompagna a morva cronica. Però la morte non è l'esito costante della malattia: quindi ci è stato dato osservare un caso di guarigione; e dopo il Signor Tardieu, ne esisterebbero sei altre osservazioni nella scienza; non è però certo che in tutte la guarigione sia stata costante e definitiva.

Qualunque possa essere l'esito della scabbia cavallina cronica, la durata della malattia è sempre lunghissima; varia da quattro mesi a più di tre anni: ordinariamente è di dieci a quindici mesi (Tardieu).

2.^a *Morva cronica. Anatomia patologica.* — Pare che le alterazioni delle fosse nasali siano tanto costanti nella morva cro-

nica quanto nella morva acuta. Consistono in un gonfiamento, poi in uno spessimento della membrana di Schneider, alterazione che può per sino obliterare le cavità nasali. La mucosa pituitaria è violacea, la sua consistenza può essere diminuita; altre volte esistono degli ascessi sotto mucosi, i quali sono spesso la causa, il punto di partenza di ulcerazioni che potevano penetrare sino alle cartilagini ed alle ossa; queste sono allora alterate o distrutte. Secondo il Signor Tardieu, sarebbe esclusivamente nella morva cronica che potrebbesi osservare il perforamento della chiusura; « se questa lesione, dice egli, è stata notata nella morva acuta, ciò accade perchè essa è luogo nel corso di una morva cronica. » La volta palatina, la base della lingua, le tonsille ed il velo palatino possono essere le sedi di ulcere grigiastre, irregolari, più o meno larghe e profonde; la mucosa di queste parti è violacea. Può esistere un perforamento della volta del palato che mette in comunicazione le cavità buccale e nasale. La mucosa della laringe o della trachea può anche essere più o meno gravemente alterata; dessa è spesso pallida ed ammolita; spesso si son veduti gli ascessi sottomucosi. Però le ulcerazioni sono le lesioni più frequenti; sembrano aver sede speciale nella porzione sotto-glottica del laringe e nella trachea; possono acquistare una considerabilissima estensione, maggiore di qualunque altra specie di ulcerazione delle vie aeree. Il Signor Tardieu dice averle vedute locorare tutta la superficie interna della trachea e propagarsi sin ne' bronchi; esse distruggono profondamente la mucosa ed i tessuti sottostanti, ma come quelle de' solipedi, tendono a cicatrizzarsi spontaneamente. La profondità della ulcerazione e la sua estensione danno a queste cicatrici specchiatisimi caratteri. La mucosa che si è riprodotta è aderentissima; in generale è pallida, quasi bianca in certi punti, arida e trasparente; gl' imbrigliamenti, fibrosi, molto resistenti, disposti a guisa di linee numerose intercettate, a guisa di stelle, riunite in mille modi, costituiscono una rete areolare che occupa tutta la estensione di questi imbrigliamenti, produce lo avvicinamento e la fissazione degli uni agli altri degli anelli cartilaginei; da ciò ne nasce il raccorciamento e la deformazione consecutiva della trachea; alcuni anelli perdono la loro forma circolare: sono appianati o divisi, ed il calibro del condotto aereo si trova in tal guisa più o meno ristretto, qualche volta su diversi punti, in modo a preseulare de' stringimenti e de' successivi gonfiamenti. La stessa disposizione può esistere ne' bronchi (Tardieu) i polmoni hanno presentato qualche volta, tanto nella morva, quanto nella scabbia cavallina cronica, delle ecchimosi o piccoli noccioli sanguigni, purulenti o fibrinosi, che formano non per tanto alcune volte certe masse che occupano una grandissima

estensione. Queste alterazioni sono quasi le stesse di quelle che trovansi ne' solipedi; si vede che differiscono pochissimo da quelle che abbiamo notate nello stato acuto. Diciamo finalmente per terminare, che nella morva scabbiosa si trovano sotto la pelle e ne' muscoli i focolari purulenti, spesso una carie, necrosi delle ossa, lo ingorgo de' gangli linfatici, specialmente alle ascelle ed agl'inguini. I gangli bronchiali possono aumentar di volume, e suppurare nel caso in cui la laringe e la trachea sono la sede di ulcerazioni.

Sintomi, corso. — La morva cronica è raramente primitiva; in fatti è quasi sempre preceduta dalla scabbia cavallina. Quando ciò non à luogo, dice il Signor Tardieu, gli ammalati, esposti per un tempo più o meno lungo al contagio, il quale in questo caso non è mai immediato, provano mal'essere, stanchezza, indebolimento, dolori vivi nelle membra e nelle articolazioni, e qualche volta una pleuròdinia eccessivamente penosa ma poco durabile; poi sono colpiti successivamente o nello stesso tempo da tosse secca e da mal di gola, in seguito da una coriza che reca loro molto incomodo. Quando per lo contrario la morva si manifesta nel corso di una scabbia cavallina cronica, che conta sei, otto o sedici mesi, si nota dapprima un dolore nella trachea; la voce si altera o si spegne, questi sintomi, altra volta, possono scomparire; lo stesso avviene della tosse, della dispnea e della espettorazione che allora esistono quasi sempre. Tosto gli ammalati sono presi da coriza: le narici sembrano otturate come nella coriza cronica; alcuni ammalati accusano un dolore ottuso e profondo alla base del naso; espettorano di tempo in tempo il sangue, o un muco puriforme, grigiastro, e delle croste; qualche volta, si scovrono le ulcerazioni, e la chiusura si vede perforata. L'esame della bocca e della faringe fa pur distinguere le lesioni che precedentemente abbiain detto poter esistere in queste parti. A questi segni si uniscono quasi tutti gli accidenti che si osservano nella scabbia cavallina cronica (dolori articolari, muscolari, diarrea, dimagrimento, febbre, segni di cachessia).

La morva cronica può in alcuni casi essere affatto latente. cioè che gl'individui, non avendo nè dolore, nè scolo dipendente dalle fosse nasali, nè alcun notabile disturbo verso le funzioni respiratorie, non sembrano essere colpiti che da una scabbia cavallina cronica, e soltanto nell'autopsia si osservano le gravi lesioni, di cui la pituitaria, la laringe e la trachea sono la sede.

Durata, esiti. — La morva cronica à una durata più lunga della scabbia cavallina; si è veduta durare sei anni. Allora la malattia presenta delle remissioni; ma gli accidenti non cessano mai. Sin ora non si conosce che un sol caso di guarigio-

ne, d'altronde incompleta; gli ammalati periscono quasi sempre nel marasmo e per i progressi della malattia. La morva cronica termina più di rado della scabbia cavallina per una morva acuta.

Diagnosi. — La sifilide costituzionale è a poco presso la sola malattia che potrebbe essere confusa colla morva cronica. In fatti, le ulcerazioni del naso, della gola della volta del palato, i dolori delle membra, gli ascessi molteplici e gli accidenti di cachessia possono esistere egualmente nelle due malattie. Però le ulcerazioni sifilitiche delle fosse nasali differiscono da quelle prodotte dalla morva per la loro sede profonda e la gravezza maggiore de' disordini; conosciamo in fatti che nella sifilide le ossa proprie sono necrosate ed espulse. Lo scolo nasale è sempre poco abbondante e tramanda insieme coll'aria espirata un odor fetidissimo. Le ulcerazioni sifilitiche della gola, pel loro fondo grigiastro, i loro bordi protuberanti, duri tagliati a poco, si distinguono da tutte le altre specie di soluzioni di continuità, e specialmente da quelle che si formano nella morva cronica. In fine abbiain potuto vedere precedentemente che i dolori osteocopi della sifilide, i quali si esacerbano durante la notte, che coincidono quasi sempre colle esostosi e le peristosi, non hanno alcuna analogia co' dolori della morva e della scabbia cavallina; non esiste del pari alcuna simiglianza tra i tumori gommosi del vaiuolo e gli ascessi molteplici della scabbia cavallina. Aggiungiamo, per dar termine, che le ulcerazioni delle fosse nasali e della gola, le sole lesioni della sifilide che potrebbero simulare la morva, coesistono quasi sempre cogli altri segni d'infezione, come le sifilidi o le esostosi.

Pronostico. — La morva cronica unita alla scabbia cavallina o pur no, è sempre di trissimo pronostico; questa malattia è incomparabilmente più grave della scabbia cavallina cronica, che abbiain veduto molte volte terminare felicemente; la unione delle due malattie è sempre una circostanza aggravante. L'angioleucite scabbiosa è forse il grado meno pericoloso del contagio che genera la morva e la scabbia cavallina, poichè in questa varietà la guarigione è quasi sempre luogo.

Etiologia. — La morva e la scabbia cronica si trasmettono quasi sempre pel contagio del cavallo all'uomo, ed in certi casi rari dall'uomo all'uomo. La scabbia cavallina e la morva cronica possono dar luogo alla morva ed alla scabbia cavallina acute, e reciprocamente. La durata della incubazione varia secondo che il contagio è immediato o mediato; nel primo caso gli accidenti si fanno veramente attendere più di tre o quattro giorni, e si manifestano spesso il giorno dopo la inoculazione; mentre che se il contagio è stato immediato, la incubazione è una durata che varia da quindici giorni ad uno, due o tre me-

si per la scabbia cavallina; essa può essere, dicesi, di molti anni per la morva.

Cura. — Per la morva e la scabbia croniche sono stati proposti i mezzi locali e generali. Tra i primi si distinguono, nei casi di scabbia, le cauterizzazioni col ferro rovente, le iniezioni di cloruro, di iodo, di china, di vino aromatico nello interno degli ascessi che saranno sollecitamente aperti. È stato pur anche consigliato d'iniettare profondamente nelle fosse nasali un miscuglio fatto con due gocce di creosota in due gramme di acqua. I mezzi generali raccomandati in preferenza sono il iodo (Delaharpe), il ioduro di potassio (Andral), le acque solforose internamente ed esternamente (Tardieu); finalmente bisogna unire a questi mezzi i tonici, come la china-china, il ferro, i crnciferi, una vittitazione analeptica; in fine gli ammalati saranno posti in condizioni igieniche le migliori possibili.

Profilassi. — Per prevenire lo sviluppo della morva bisogna che gl'individui incaricati di aver cura degli animali ammalati siano prevenuti de' pericoli a quali sono soggetti perchè prendessero certe precauzioni. Quindi non dovranno curare i cavalli se non assicurati di non avere alcuna escoriazione alle mani. Se si pungono con un oggetto infetto, dovranno far scorrere il sangue dalla piaga e farla canterizzare col ferro rovente o colla pasta di Vienna. Bisogna sollecitamente agire, perchè il Signor Renault ha provato che negli animali, dopo dieci o dodici ore soltanto, la incisione del lembo della pelle sul quale era stata praticata la inoculazione e la cauterizzazione della piaga, non anno potuto prevenire i sintomi della infezione. Se la materia virulenta era applicata accidentalmente sulla faccia o su tutt'altra parte del corpo, dovrebbero tosto lavarsi accuratamente. Non rimarranno nella scuderia che il tempo necessario per le cure da prestarsi a' cavalli; non pranzeranno mai in cotesti luoghi, e non pernoveranno, nè faranno uso di alcun oggetto che serve per i cavalli infetti; questi saranno collocati in vaste scuderie e molto ariose. Il governo deve raddoppiare la vigilanza per impedire in spezieltà che i palafrenieri non avessero a coricarsi in quei luoghi che contengono uno o molti cavalli affetti da morva o sospettati tali. Forse sarebbe conducente, avuto riguardo alla non curanza di questi tali, ed alla facilità colla quale possono ferirsi anche all'insaputa, che le loro mani fossero guarnite di guanti di pelle ogni qual volta è dato loro curare gli animali. Nonostante qualunque attenzione però, la cupidigia degli uni, la non curanza e la negligenza degli altri, impediranno sempre che gl'individui in contatto cogli animali ammalati prendessero le precauzioni necessarie per garantirsi dal contagio: si deve pur desiderare che il governo ordini, nello interesse di tutti,

che i cavalli affetti da morva e da scabbia cavallina fossero isolati nelle infermerie speciali o uccisi tosto che dimostrano la loro malattia essere incurabile.

SETTIMA CLASSE DI MALATTIE

DELLE LESIONI DI NUTRIZIONE

Avvi una importante classe di malattie che comprendono tutte le affezioni nelle quali possi osservare un' alterazione del travaglio nutritivo soltanto. Quest' alterazione può portarsi : 1.° sul numero , ora più , ora meno considerabile delle molecole che debbono costituire un organo o un tessuto : 2.° sul cambiamento di consistenza delle molecole , il che rende certi organi o certi tessuti ora più duri , ora più molli dell' ordinario , 3.° la nutrizione può essere perversita a segno che certi organi o certi tessuti si distruggono e scompaiono affatto. Studieremo dunque in altrettante sezioni , e come altrettanti generi distinti delle lesioni di nutrizione : 1.° la *ipertrofia* , 2.° l' *atrofia* , 3.° lo *induramento* , 4.° lo *ammollimento* , 5.° la *cangrena* , 6.° l' *ulcerazione* : alterazioni le quali tutte verranno studiate in alcuni organi in particolare. Finalmente in una settima sezione , faremo parola di certe alterazioni le quali sono il più delle volte consecutive di alcune delle precedenti lesioni ; tali sono : 1.° i *restringimenti ed oblitterazioni* degli organi cavi , 2.° il loro *dilatamento* ; 3.° le *rottture* , *lacerazioni* e *perforamenti*.

PRIMO GENERE DI LESIONI DI NUTRIZIONE

DELLA IPERTROFIA

La parola *ipertrofia* , di moderna origine , serve ad indicare l' aumento anormale di nutrizione di un organo qualunque (dalle voci greche *ὑπέρ* , sopra e *τροφή* , nutrizione). La *ipertrofia* è una delle alterazioni di nutrizione le più comuni ; può colpire quasi tutte le parti del corpo. Un tessuto o un organo ipertrofiato presenta in generale un volume maggiore : il suo peso e quasi sempre la sua consistenza aumentano : il suo colorito può rimanere lo stesso , o farsi più vivo o più pallido ; in fine la forma delle parti è quasi sempre modificata , ma quest' alterazione è di rado portata al punto da cambiare affatto la

figura propria dell'organo. Non ostante tutti questi cambiamenti, nelle parti ipertrofiate si conosce ancora la stessa organizzazione, la stessa struttura dello stato normale. Tutti gli elementi anatomici, dice il Signor P. Bérard, si ritrovano ne' loro rapporti rispettivi e con i tratti che li distinguono: solamente possono tutti acquistare un maggiore sviluppo che addivene qualche volta enorme, e può svelare o rendere più manifesta la struttura di questi organi. Si sa, per esempio, che la tessitura muscolare dell'utero è evidente soltanto nella gravidanza, cioè quando avvi eccesso di attività nel movimento nutritivo dell'organo. La ipertrofia della tunica muscolare dello stomaco, degl'intestini; permette anche di seguire esattamente la direzione delle fibre, il che è difficile potersi eseguire nella maggior parte dei casi dello stato fisiologico. In generale, in tutto l'organo ipertrofiato i vasi acquistano un volume maggiore; però ciò non è provato per i nervi. La ipertrofia può invadere un intero organo o limitarsi ad una delle sue parti più o meno estesa. Se l'organo è complesso, formato da molti tessuti distinti, l'alterazione non assale spesso che uno de' suoi elementi, mentre che gli altri sono nel loro stato normale o anche atrofiati, e ciò fa sì che il volume totale dell'organo rimane lo stesso; qualche volta è piuttosto diminuito che aumentato. Questa diminuzione o questa conservazion di volume normale può anche osservarsi quando la ipertrofia invade l'organo nella totalità ed in tutti i suoi elementi, purchè però l'organo sia cavo. Avviene lo stesso tutte le volte che la ipertrofia à luogo secondo un movimento concentrico, cioè da fuori in dentro, ed a spese della cavità che trovasi allora più o meno diminuita; ciò l'abbiamo osservato specialmente nel cuore. La ipertrofia è un'alterazione la quale si conosce sempre facilmente; quando però invade soltanto uno de' tessuti di un organo, e vi è portata ad un alto grado, può modificare l'aspetto delle parti a tal punto da tornar difficile determinare se sia piuttosto un tessuto ipertrofiato, un aumento insolito di nutrizione, anzichè un prodotto accidentale. Quindi è che la ipertrofia considerabile del tessuto cellulare delle pareti dello stomaco o degl'intestini può simulare una degenerazione scirroso.

Il Signor Professor P. Bérard dice con ragione che la influenza più generale della ipertrofia sull'azione degli organi è l'aumento di quest'azione. La ipertrofia non fa che sviluppare con più energia i movimenti fisiologici quando è contenuta in certi limiti e quando affetta certi organi, tale è la ipertrofia che colpisce i muscoli della vita di rapporto. Altre volte questo vizio di nutrizione addivene una lesione incomoda o grave pel peso che l'organo acquista e per lo incomodo che apporta al compimento di certe funzioni: quindi il corpo tiroide ipertro-

fiato può, comprimendo lo esófago e la trachea, impedire la deglutizione, e produrre gli accidenti di asfissia opponendosi al passaggio dell'aria. In fine, se l'organo ipertrofiato deve compiere importanti funzioni, come quelle del cervello o del cuore, ne risulta un disturbo grandissimo nelle sue funzioni. Però anche in questo caso la ipertrofia esercita poc' azione sulla nutrizione e sullo stato generale, molto differente anche in questo dalle altre lesioni organiche, specialmente da' prodotti accidentali, i quali, qualunque sia la loro sede, riflettono tosto sul resto della economia. Il Signor Andral à pure provato nelle sue ricerche di *ematologia*, che l'alterazione di nutrizione che produce la ipertrofia, scevra da qualunque complicanza, non trae seco alcun cambiamento nella cifra della fibrina del sangue: l'aumento di questo principio à luogo soltanto ne' casi particolari, in mezzo a' sintomi che richiamano alla mente quelli delle malattie infiammatorie.

Molte ipertrofie non riconoscono altra causa che l'aumento dell'attività abituale nelle funzioni di un organo. Quindi è che quando uno de' polmoni o uno de' reni, essendo stato distrutto o compresso, non compie più le sue funzioni, l'organo congenere vi supplisce raddoppiando la sua attività: da ciò la ipertrofia del tessuto. Però, a propriamente parlare, non è questa una lesione, poichè non porta seco alcun disturbo funzionale. Altre ipertrofie, in piccol numero, sono consecutive ad una flemmasia acuta o cronica; l'alterazione colpisce in questo caso ora l'organo infiammato, ora una parte contigua; tali sono i casi d'ipertrofia del tessuto cellulare consecutivamente ad una infiammazione della pelle o di una membrana mucosa, o pure ancora la ipertrofia delle pareti del cuore in seguito di una endocardite o di una pericardite. Nella maggior parte de' casi però, torna impossibile colpire la causa che à agito per lo sviluppo dell'alterazione. In questi casi alcuni autori avidi di tutte spiegare àn cercato di rendersene conto supponendo una *irritazione nutritiva* o un *aumento della forza assimilatrice ordinaria*, espressioni le quali, non presentando allo spirito niente di dimostrato, non debbono essere affatto impiegate. Bisogna sollecitamente abituarsi nello studio sì difficile della medicina, a non rischiare alcuna spiega della quale non possi dare la dimostrazione, specialmente per la tendenza che si à generalmente a dedurre da queste ipotesi precetti terapeutici. Crediamo che dove non ci è permesso risalire alla causa, bisogna limitarsi a dimostrare il fatto materiale. Altra volta notiamo, siccome lo à fatto prima di noi il Signor Andral, che tra queste ipertrofie delle quali ignoriamo che la causa sia uno stimolo antecedente o attuale dell'organo che n'è la sede, le une consistono soltanto in un'azione puramente locale, le altre sembrano intima-

mente legate al movimento nutritivo generale; quelle sono una delle patenti espressioni che manifestano le profondi modifiche che à subito in ogni molecola del corpo questo movimento nutritivo. Tale è il caso di que' scrofolosi i quali presentano qualche volta una ipertrofia simultanea di diversi organi, come il cervello, il corpo tiroide, la faccia, la lingua, le labbra e molte parti del sistema osseo.

Quando un organo è ipertrofiato, bisogna sottoporlo al riposo, e, se sia possibile, moderarne l'azione per quanto più sia possibile. Si eviteranno tutte le cause stimolanti, si cercherà di diminuire il movimento nutritivo, si attiverà nello stesso tempo lo assorbimento intersiziale; in questo scopo s'impiega un regime dietetico, la dieta, i salassi locali e generali, la compressione e certi medicamenti, come il mercurio il iodo.

DELLA IPERTROFIA DEL CERVELLO

Storia. — Vagamente indicata dal Morgagni, la ipertrofia del cervello non fu descritta la prima volta che nel 1805 da Laënnec nel giornale di Corvisart, Leroux e Boyer; d'allora in poi osservata molte volte all'ospedale des *Enfants* da' Signori Jadelot e Guersant, essa à fissato l'attenzione di molti osservatori abili: quindi i signori Scoutetten (1), Dance (2), Meriadec Laënnec (3) Burnet (4), Rilliet e Barthez (5), il Signor Andral (6), e specialmente il dottor Calmeil (7), hanno pubblicato su questa grave alterazione del cervello fatti e considerazioni di un grande interesse.

Anatomia patologica. — Nella ipertrofia cerebrale, il cervello offre a poco presso lo aspetto che osservasi in quelli che periscono dietro gli accidenti cerebrali saturnini. Quindi portando via la volta ossea del cranio, si osserva una estrema tensione della dura madre in modo da non poter essere pizzicata. Sotto la incisione di questa membrana, il cervello esce precipitosamente al di fuori: le circumvoluzioni, addivenute più grosse, sono piane; le cavità de' ventricoli sono diminuite. In nessuna parte esiste sierosità; la polpa è quasi priva di sangue; i vasi ed i seni sono quasi vuoti; però non si osserva la tinta

(1) *Archives de médecine*. Année 1825.

(2) *Repertoire d'anatomie*, publié par Breschet.

(3) *Revue médicale*. An. 1828.

(4) *Journal hebdomadaire*. 1829.

(5) *Maladies des enfans*, t. 1.

(6) *Clinique médic.*, t. V.

(7) *Dictionnaire de médecine*, Article Encéphale.

giallastra. La consistenza del tessuto è sempre aumentata; qualche volta si potrebbe pensare esistere un' alterazione di tessitura: imperocchè siccome lo dice il Signor Calmeil, col siero ed il bianco dell' uovo indurato mediante la cottura o della pasta di altea dissecata, il tessuto nervoso offre qualche simiglianza colla materia della cartilagine. In un caso riportato dal dottor Burnet, il cervello due volte più pressante del solito, aveva una consistenza tale che resisteva leggermente al taglio dello scalpello, e presentava una superficie netta, pallida, levigata e lucida.

Sintomi, corso, esiti. — La cefalalgia è uno de' sintomi più costanti della ipertrofia cerebrale; essa è violenta, continua, esacerbante, e strappa spesso i gridi. Le facoltà intellettuali sono per lo più ottuse, gli ammalati cadono qualche volta in un vero stato d' idiotismo. Alcuni però conservano sino alla fine la loro intatta ragione e van soggetti a qualche disturbo dello spirito soltanto di tempo in tempo, per esempio quando si esacerbano i dolori di testa, o pur dietro gli accidenti convulsivi o epilettiformi i quali, secondo il Signor Calmeil, sono un fenomeno a poco presso costante. Queste convulsioni, dapprima lontane, si fanno finalmente continue; raddoppiano per crisi, si accompagnano a coma o non producono la perdita della conoscenza; alcune volte si manifestano istantaneamente sotto forma di accessi ed incutono il più gran terrore agli ammalati. Alcuni di quest' individui mantengono con difficoltà il corpo in equilibrio, e sembrano affetti da un cominciamento di paralisi generale; lo stato de' sensi è variabilissimo; le funzioni della vita organica sono poco o nulla turbate (Calmeil).

La ipertrofia cerebrale à un corso cronico. Gli ammalati periscono dopo un tempo più o meno lungo di sofferenze, gli uni a gradi con i segni di un idrocefalo, gli altri in un subito con una sincope o con un accesso convulsivo. Niente possi dire di positivo sulla durata della malattia, che non pertanto può prolungarsi per molti anni; in questo caso, i parossismi ritornano ad intervalli più o meno lontani.

Diagnosi. — La diagnosi della ipertrofia cerebrale è oltremodo oscura. Il Signor Calmeil fa però osservare che avuto riguardo alla lunga durata della malattia, al suo corso lento e graduato, alla mancanza della febbre, della paralisi locale, al modo con cui la cefalalgia, le lesioni dello intelletto ed i fenomeni convulsivi che quasi costantemente sono generali, e s' incatenano, quest' affezione cerebrale non potrebbe confondersi nè colla encefalite o la meningite, nè collo ammolimento locale, nè con una emorragia o un ascesso cistico. Il tubercolo, lo scirro, tutti i tumori, aggiunge Calmeil, quando occupano uno spazio circoscritto, determinano quasi sempre le lesioni speciali

e limitate ne' movimenti delle membra e debbono allontanare il sospetto di una ipertrofia de' due emisferi cerebrali. Nell'apoplessia però, nelle flemmasie lenti delle meningi e del cervello, ne' casi in cui un prodotto accidentale lentamente formato comprime una parte del cervello collocata sulla linea mediana o le due metà di quest'organo contemporaneamente, possono osservarsi dolori di testa, convulsioni generali, perdita graduata delle facoltà intellettuali, senza che il volume della massa nervosa contenuta nel cranio sia aumentata. Dunque al letto dello ammalato bisognerà usare della massima riserba nel diagnosticare una ipertrofia del cervello, in quanto che questo stato patologico è veramente assai raro.

Prognostico. — È da temersi che la ipertrofia dello encefalo sia sempre una malattia mortale.

Etiologia. — La ipertrofia, rarissima prima de' quarant'anni, è una malattia che colpisce presso a poco tanto i fanciulli, i giovani e gli adulti. Gli uomini vi sembrano più predisposti delle donne. Le sue cause sono assolutamente ignorate; in alcuni casi, la ipertrofia cerebrale è una malattia congenita.

Cura. — Niente ancora si conosce sulla cura che bisognerebbe opporre alla ipertrofia cerebrale. Il Signor Calmeil vorrebbe che si praticassero i frequenti salassi locali, che si stabilissero alla base del cranio e sulle membra molti focolari di suppurazione, che gli ammalati fossero costretti a guardare un severo regime. Forse tornerebbe util cosa unire a questi mezzi l'uso de' mercuriali e del iodo.

DELLA IPERTROFIA DELLA MIDOLLA SPINALE

La midolla spinale è più di rado affetta da ipertrofia del cervello. La scienza non possiede ancora che un piccolissimo numero di esempi di questa malattia; essi sono riportati dal Signor Hutin (*Nouvelle Biblioth. méd.*, 1828), e Monod (*Bulletin de la Société anatomique*, année 1832).

La midolla spinale può essere ipertrofiata in tutta la sua lunghezza, o solo in una porzione più o meno estesa. In tutti i casi l'aumento di volume può essere portato a segno che l'organo occupa esattamente la cavità del canale vertebrale; il suo tessuto è allora sempre più o meno indurato. La ipertrofia può pure invadere le due sostanze che formano la midolla, o pure essere circoscritta ad una di esse. Il più delle volte in questo caso la sostanza grigia è la sola affetta, e che, in ragione dello sviluppo considerabilissimo che à subito, assottiglia vieppiù maggiormente, e finalmente distrugge le lamine di sostanza midollare che la circondano. Quindi ne' due rapporti dati dal Si-

gnor Monod. si vede l'atrofia della sostanza grigia determinare insensibilmente lo spostamento de' cordoni posteriori laterali, e la distruzione parziale de' cordoni mediani posteriori.

Non avvi alcun gruppo di sintomi che potesse riportarsi alla ipertrofia della midolla. Quindi ne' fatti citati, ora sono stati notati gli accessi di epilessia (Andral), ora tutti i sintomi della corea con notabile esaltamento della cutanea sensibilità (Hlutin); altra volta erano presso a poco i disturbi che osservansi nella mielite o lo ammolimento cronico, cioè i dolori, la contrazione, la paralisia più o meno completa delle membra (Monod). Spetta ad una ulteriore osservazione a fissare i patologi sulle cause, i sintomi, il corso e la cura della ipertrofia della midolla, malattia la cui storia rimane affatto negativa.

DELLA IPERTROFIA DEL CUORE

La ipertrofia del cuore è caratterizzata dalla spessezza delle pareti di quest'organo.

Storia. — Questa lesione non è stata convenevolmente studiata ed isolata dalle altre alterazioni del cuore se non che dai moderni osservatori. In fatti Lancisi, Senac e Morgagni non studiarono affatto la ipertrofia separatamente; ma sotto la denominazione di *aneurisma*, che loro era stata familiare, comprendevano e confondevano nello stesso tempo la ipertrofia e la dilatazione. Corvisart perpetuò questa confusione, e si conosce che la riunione della ipertrofia e della dilatazione costituiva il suo *aneurisma attivo*. Tale era lo stato della scienza quando nel 1811 Bertin intraprese una serie di lavori riprodotti poscia nell'epoca che pubblicò in collaborazione del Signor Bouillaud, e stabilì nello studio anatomico della ipertrofia del cuore le importanti divisioni che sono state conservate. Dopo questo medico, la storia della malattia à fatto novelli progressi, specialmente sotto i rapporti etiologico e sintomatico; andiamo debitori in spezialità a lavori di Laënnec de signori Chomel, Andral, e specialmente a quelli di Hope e de' signori Piorry e Bouillaud, i quali tutti tre anno consacrato nella loro opera un capitolo importante per la ipertrofia di cuore.

In che modo riconoscere che il cuore sia ipertrofato? — Per conoscere il punto in cui la ipertrofia comincia bisogna sapere esattamente quali sono le dimensioni ed il peso del cuore nello stato fisiologico. Laënnec diceva che il cuore doveva avere presso a poco il volume del pugno dello individuo; questa valutazione però era poco precisa per soddisfare. Oltre a che, il paragone di Laënnec non era affatto esatto, o tutto al più nella prima età della vita. Di più dopo alcuni anni, diversi os-

servatori si sono occupati, con tal zelo da tornare impossibile di poterlo abbastanza lodare, di questo difficile soggetto: ricorderemo le ricerche del Signor Bouillaud, ma prima di tutto il lavoro sì distinto del Signor Bizot. Questo medico, stimabilissimo pel suo talento e pel suo carattere di onore, ha dimostrato che non si poteva adottare una misura media applicabile a tutte le età, atteso che il volume del cuore, la spessezza delle sue pareti e l'ampiezza delle sue cavità aumentavano indefinitivamente colla età, risultato importante, in opposizione con i dati generalmente ricevuti, ma contro la esattezza del quale non saprebbe far sorgere il menomo dubbio, poichè è stato poscia dimostrato colle osservazioni del dottore Clendinning d'Inghilterra, e da quelle del Signor Neucourt in Francia (*Archives* 1844). Il Signor Bizot ha pure dimostrato che a tutte le età il cuore offre un volume meno considerabile nella donna che nell'uomo, e che la sua estensione non è in proporzione diretta colla statura degl'individui, ma siegue piuttosto molto esattamente lo sviluppo in larghezza del petto. Quindi il cuore aumentandosi mai sempre colla età, il suo volume e la spessezza delle sue pareti non essendo gli stessi ne' due sessi, ne risulta la impossibilità di avere una media unica per tutti i casi, che anzi deve esistere un tipo differente secondo il sesso ed a ciascuna serie di età. Ciò risulta da' quadri che descriveremo in questo luogo; essi sono stati ricavati dal lavoro del Signor Bizot, inserito nel tomo 1.^o *des Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris* (1). Studiandoli, si potrà esser con-

(1)

Lunghezza del cuore

Età	Uomini	Donne
Da 1 à 4 anni	0,052 mm.	0,051 mm.
5 à 9	0,072	0,061
10 à 15	0,077	0,071
16 à 29	0,096	0,088
30 à 49	0,098	0,094
50 à 79	0,103	0,096

Larghezza del cuore

Età	Uomini	Donne
Da 1 à 4 anni	0,061 mm.	0,059 mm.
5 à 9	0,075	0,067
10 à 15	0,084	0,071
16 à 29	0,103	0,096
30 à 49	0,108	0,100
50 à 79	0,118	0,105

vinti, come lo faceva Laënnec, e come altri lo fanno ancora, che prendendo le pareti del ventricolo diritto come termine di paragone per apprezzare lo stato fisiologico o morboso del ventricolo sinistro, bisogna servirsi del più difettoso di tutti i mezzi, atteso che la spessorezza del ventricolo diritto rimane a poco presso stazionaria, mentre quello del sinistro si aumenta incessantemente: quindi più si è vicini a' primi momenti della vita, più i due ventricoli si somigliano sotto il rapporto della loro spessorezza. Per dar termine, diremo che, il ventricolo sinistro non è un' eguale spessorezza da per tutto; ma secondo il Signor Bizot, questa trovasi al suo *maximum* alla parte media,

Spessezza del cuore

Età	Uomini	Donne
Da 1 a 4 anni	0,025 mm.	0,025 mm.
5 a 9	0,029	0,027
10 a 15	0,032	0,028
16 a 29	0,040	0,040
30 a 49	0,040	0,033
50 a 79	0,046	0,042

Spessezza delle pareti del cuore alla sua base senza comprendere le colonne carnose

Età	Ventricolo sinistro		Ventricolo destro	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Da 1 a 4 anni	0,007 mm.	0,005 mm.	0,002 mm.	0,003 mm.
5 a 9	0,008	0,007	0,004	0,004
10 a 15	0,009	0,008	0,004	0,004
16 a 29	0,010	0,010	0,005	0,005
30 a 49	0,011	0,010	0,005	0,005
50 a 79	0,012	0,010	0,006	0,004

Spessezza delle pareti del cuore alla sua parte media senza comprendere le colonne carnose

Età	Ventricolo sinistro		Ventricolo destro	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Da 1 a 4 anni	0,007 mm.	0,006 mm.	0,002 mm.	0,002 mm.
5 a 9	0,009	0,007	0,002	0,002
10 a 15	0,009	0,008	0,003	0,003
16 a 29	0,010	0,009	0,004	0,003
30 a 49	0,012	0,008	0,004	0,004
50 a 79 (uomini)				
... a 89 (donne)	0,014	0,012	0,004	0,004

minore alla base, e minima alla punta. Nel ventricolo diritto, poi è la base il punto più spesso; vengono successivamente la parte media e l'apice.

Anatomia patologica. — La ipertrofia del cuore può essere generale o limitata solamente ad una o molte cavità; quest'ultimo caso è il più comune. Quando la ipertrofia invade tutto il cuore, quest'organo può avere un volume triplo o quadruplo, ed il suo peso, che nello stato normale oscilla tra 250 e 281 gramme, può essere tre o quattro volte maggiore; pur tuttavia è rarissimo vedere il peso elevarsi al di là di 687 gramme. La maggior parte de' fatti riportati da diversi autori, di cuori

Spessezza delle pareti del cuore alla punta

Età	Ventricolo sinistro		Ventricolo destro	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Da 1 à 4 anni	0,004 mm.	0,005 mm.	0,002 mm.	0,001 mm.
5 à 9	0,006	0,005	0,002	0,002
10 à 15	0,006	0,005	0,003	0,002
16 à 29	0,008	0,007	0,003	0,002
30 à 49	0,008	0,007	0,002	0,002
50 à 79 (uomini)				
— à 89 (donne)	0,010	0,009	0,002	0,002

Spessezza della chiusura interventricolare alla parte media

Età	Uomini	Donne
Da 1 à 4 anni	0,008 mm.	0,007 mm.
5 à 9	0,010	0,008
10 à 15	0,010	0,008
16 à 29	0,012	0,010
30 à 49	0,012	0,011
50 à 79 (uomini)		
— à 89 (donne)	0,013	0,012

Peso medio del cuore, secondo Clendinning

Età	Uomini	Donne
Da 15 à 30 anni	264 gramme	260 gramme
50 à 50	272	272
50 à 70	298	256
70 e al disopra	312	236

che avrebbero pesato 1, 500, 2, 00 gramme e più, non potrebbero essere ricevuti senza un punto dubbioso. Quando la ipertrofia è considerabile, il cuore prova de' cambiamenti notabili nella sua forma, la sua situazione, la sua direzione ed i suoi rapporti. Quindi la sua punta è cancellata; esso è più o meno rotondo, globoso, sferoide; il suo diametro trasverso supera il perpendicolare; allora somiglia più o meno ad una tasca di cacciatore, secondo il paragone di Laënnec. In questo stato, l'organo è collocato quasi trasversalmente nel petto; la sua punta portata al di fuori della mammella, corrisponde al sesto, settimo ed anche ottavo spazio intercostale, mentre che la sua base si ravvicina più o meno alla clavicola; i polmoni sono spinti a diritta ed a sinistra.

Quando la ipertrofia del cuore è parziale, colpisce il più sovente il ventricolo sinistro, le cui pareti possono acquistare una spessezza che oltrepassa di rado 34 millimetri, ed in alcuni casi può anche essere di 3, 4 ed anche 6 centimetri. Il *maximum* di sviluppo della ipertrofia, siccome lo ha osservato Hope, esiste quasi sempre un poco al disopra della parte media. Quando la ipertrofia è considerabile, e quando (cosa più rara) la chiusura interventricolare è essa pure affetta, il ventricolo diritto, piano, diminuito di volume, sembra spinto verso la parte superiore e laterale. Se la ipertrofia affetta isolatamente il ventricolo diritto, questo forma a se solo la punta dell'organo, la quale nello stato normale è formata quasi intieramente dal ventricolo sinistro; anche in questo caso, l'alterazione occupa in generale meno le stesse pareti quanto le colonne carnose, che come ognun sa, in generale sono più complicate nelle cavità diritte che nelle sinistre. Nella maggior parte degl'individui il ventricolo diritto ipertrofiato è soltanto 9 a 11 millimetri di spessezza; ciò nonpertanto à acquistato qualche volta 25 ed anche 36 millimetri. La maggiore spessezza, secondo Hope, esiste più spesso alla base ed alla sommità anzichè alla parte media, il che è l'opposto di ciò che à luogo per la ipertrofia del ventricolo sinistro.

Le orecchiette sono affette di rado da ipertrofia indipendentemente da' ventricoli; quasi sempre l'alterazione è circoscritta alle appendici. Lo spessimento può allora essere portato a tal punto che l'orecchietta destra acquista la spessezza del ventricolo diritto, e la sinistra arriva sino a 7 millimetri.

La ipertrofia può anche essere più circoscritta; si è veduta limitata alla chiusura intraventricolare, alla punta, alle colonne carnose, a' pilastri delle valvole, ec.

Nella ipertrofia, la capacità delle cavità del cuore può rimanere la stessa, diminuire o aumentare. Avendo riguardo a queste diverse circostanze i patologi hanno ammesso, dopo Berlin,

tre forme d'ipertrofia, che distinguono colle denominazioni di *semplice*, *concentrica* ed *excentrica*.

La ipertrofia è detta *semplice* quando, malgrado la spessezza delle pareti, le cavità del cuore conservano la loro ampiezza naturale; questa forma d'ipertrofia è certamente la più rara.

La ipertrofia *concentrica* è quella caratterizzata dalla spessezza delle pareti, con diminuzione delle cavità. I signori Cruveilhier e Beau non prestano fede alla esistenza di questa forma della ipertrofia cardiaca, perchè il Signor Beau pensa che lo stato chiamato *ipertrofia concentrica* non rappresenta sempre che lo stato normale della cavità ventricolare che n'è la sede, tanto sotto il rapporto della capacità quanto quello della spessezza delle pareti (*Archives de 1847*). Il Signor Cruveilhier, dal canto suo, sostiene che lo stato anatomico del cuore di cui è parola, risulta specialmente dal genere di morte degli individui: quindi ei dice averlo costantemente trovato in quelli giustiziati ed in tutti coloro i quali muoiono violentemente. Questi fatti sono reali, non possono essere contrastati, ma non saprebbero contraddire le osservazioni positive raccolte da signori Berlin, Bouillaud, Louis, Bouisson, Dechambre, Forget, e da me medesimo, sur individui i quali perivano con tutti i sintomi delle malattie organiche del cuore, e presentavano nell'autopsia le pareti del ventricolo sinistro considerabilmente spessite, e la di lui cavità quasi intieramente cancellata dalla ipertrofia degli strati muscolari profondi, mentre che il volume totale del cuore, qualche volta aumentato, può essere affatto normale, ed anche minore dello stato fisiologico. In questi ultimi casi, veramente patologici, non si può colla introduzione del dito nelle cavità cardiache dilatarle senza lacerarle, mentre che torna impossibile farlo quando il restringimento appartiene unicamente al genere di morte dello individuo.

La ipertrofia *excentrica*, che è la forma più comune, corrisponde all'aneurisma attivo di Corvisart; essa è caratterizzata dallo spessimento delle pareti e dallo ingrandimento simultaneo delle cavità; ciò accade quando queste due alterazioni coesistono che il cuore acquista il volume e le dimensioni enormi di cui abbiamo precedentemente parlato. In questi casi, il ventricolo sinistro può acquistare un'ampiezza tale che potrebbe contenere il pugno dello individuo.

In generale, nella ipertrofia del cuore, la sostanza muscolare dell'organo è più consistente e più rossa; nulladimeno può succedere il contrario. Osservansi anche diverse alterazioni del pericardio, dell'endocardio e delle valvole. Le cavità sono distese da grumi voluminosi e fibrinosi; in fine si osservano in alcuni organi molte di quelle lesioni che accompagnano la maggior parte delle malattie organiche del cuore; tali sono; le i-

dropisie, i noccioli apoplettici ne' polmoni, le congestioni del fegato che determinano qualche volta un aumento considerabile del volume dell'organo, ec.

Sintomi. — Gli individui che soffrono una ipertrofia del cuore provano raramente il dolore alla regione precordiale; non pertanto alcuni accusano un senso di peso e d'incomodo; molti hanno le palpitazioni spesso spontanee, e che possono accompagnarsi ad uno stato di mal'essere e di angosce inesprimibili. Nella ipertrofia del cuore, il suono che dà la percussione, che nello stato normale non oltrepassa i 4 o 6 centimetri quadrati (Bouillaud), può estendersi in uno spazio due o tre volte maggiore; nello stesso tempo il suono è più completo, e sotto il dito si sente una resistenza che non si prova quando le pareti del cuore non sono spessite. Se la ipertrofia è molta, i battiti del cuore sono visibili in una grande estensione; essi rimbombano allo epigastrio; l'apice deviata a sinistra, come abbiain detto, solleva il sesto, il settimo ed anche l'ottavo spazio intercostale. Di rado si osserva gonfiamento. Lo impulso del cuore è aumentato a segno, che l'orecchio e la mano applicata sulla regione precordiale è sollevata, e prova la sensazione che darebbe un colpo di martello o un pugno. Diciamo però che lo impulso non è un fenomeno costante; in fatti non è raro vedere mancare questo fenomeno quantunque il cuore abbia le pareti molto spessite; questo fenomeno manca specialmente quando esiste una notevole dilatazione, e quando il cuore spingendosi molto nel petto è intieramente coperto da un lobo del polmone. Se la ipertrofia è molto estesa, i battiti del cuore sono sordi, oscuri, e come soffogati e quasi sempre prolungati. Se la ipertrofia è ad un grado minore, se le cavità del cuore sono dilatate, i rumori sono sonori, ed avvertiti a moltissima distanza, sin sotto la clavicola diritta ed anche dietro il petto. In questo caso si osserva qualche volta un rumore sopraggiunto, rumore che sembra dipendere dalla percussione violenta della punta del cuore contro la parete toracica. Questo rumore, che Laënnec chiama *tintinnio metallico*, che il Signor Bouillaud descrive sotto il nome di *suono metallico*, ed il Signor Vilhos sotto quello di *suono auricolare metallico*, non è però proprio della ipertrofia; in fatti può osservarsi ne' casi di palpitazioni nervose. Può essere imitato quando, collocando la palma della mano sull'orecchio si percuote la faccia dorsale con un dito dell'altra mano. Questo rumore sopraggiunto non impedisce di ascoltare distintamente i due rumori normali del cuore, i quali sono ora più sordi altra volta più sonori, però non sono quasi mai mascherati e sostituiti da rumori di soffio o di raspa, a meno che non avesse luogo qualche complicazione delle valvole. Diciamo però che in alcuni casi d'ipertrofia si osserva un

rumore di soffio, in generale leggero e momentaneo, per esempio, durante le palpitazioni. Oltre a che abbiamo inteso più volte ne' casi d'ipertrofia con dilatazione considerabile delle cavità, un soffio prolungato o un rumore di *pigolamento* che esiste nel primo tempo, ed era molto rumoroso perchè fosse inteso a molta distanza. Il rumor di soffio, fenomeno rarissimo nelle ipertrofie semplici o con dilatazione, è molto più comune in quelle concentriche, il che spiegasi per lo restringimento considerabile che le cavità cardiache hanno provato in questa forma di malattia. Nella ipertrofia del cuore il polso è generalmente regolare; sembra spesso più lento che al solito, ciò che dipende senza dubbio dalla durata maggiore delle contrazioni; comunemente è largo, duro, vibrante, ma poco sviluppato.

In generale gli ammalati colpiti da ipertrofia cardiaca semplice hanno il volto colorito, gli occhi scintillanti, il che unito a' caratteri del polso ed alla mancanza delle congestioni sanguigne e sierose, dimostra che in questa malattia esiste, almeno allo sviluppo e per lungo tempo, un soprappiù di attività nella circolazione.

Nella ipertrofia, le funzioni digestive e la innervazione non presentano in generale alcun notevole disturbo. Gli ammalati hanno dispnea e presto presentano lo enfisema. Questi sintomi sono però poco distinti, eccetto negli ultimi tempi della malattia, epoca in cui si manifesta d'ordinario l'edema degli estremi inferiori, l'aumento del volume del fegato, l'enfiagione della faccia, il colorito cianotico delle labbra; accidenti i quali sono meno intensi e molto più tardi nella ipertrofia che nel restringimento degli orifici.

Corso, durata, esiti. — La ipertrofia del cuore d'ordinario ha un corso lento e progressivo. Se l'alterazione è poca, senza complicanza; se gl'individui sono sobri e sottoposti ad una buona condizione igienica, la vita potrà prolungarsi per moltissimi anni; avrà luogo il contrario nelle opposte circostanze, perchè la morte può allora aver luogo in pochi mesi. A cose eguali d'altronde, essa segue un corso più rapido quando affetta il ventricolo sinistro anzichè quando assale il lato opposto. Quindi il Signor Louis, analizzando molte osservazioni, ha trovato che nel primo caso la durata media della malattia era stata di due anni ed un terzo, mentre che era di sei anni e mezzo nel secondo (Valleix). Lo stesso osservatore a pure dimostrato che gli ammalati morivano due volte più sollecitamente quando la ipertrofia si complicava a dilatazione che quando era semplice, anche quando questa occupava il ventricolo sinistro.

Non è peranche provato che la ipertrofia del cuore possa guarire: i fatti di guarigione che hanno riportato sono ben lungi dal essere concludenti.

La ipertrofia del cuore è stata considerata siccome la causa di molte malattie; quindi si è preteso che la ipertrofia del ventricolo sinistro predisponesse alle emorragie ed allo ammolliamento del cervello; però questa opinione, che conta tra i suoi difensori Legallois, i Signori Bouillaud Bricheteau, Lallemand, Piorry, è contraddetta dal Signor Rochoux. Essa trovasi anche in opposizione con i numerosi fatti che abbiamo raccolti, come pure colle osservazioni analizzate dal Signor Louis, il quale non à veduto in esse la ipertrofia coincidere con una emorragia cerebrale, ed à notato di più che l'ammollimento del cervello era meno frequente ne' casi d'ipertrofia di cuore che nel corso delle altre malattie, come la elicia. Abbiamo pure provato altrove, dietro i lavori dello stesso osservatore, che la ipertrofia del ventricolo destro non era, come si è preteso, una causa attiva di emorragia polmonale.

Diagnosi. — Non solo bisogna conoscere se esiste una ipertrofia, ma pure determinarne la forma e la sede. La ipertrofia del cuore è caratterizzata specialmente dallo impulso violento de' battiti e dal suono sordo, oscuro de' due rumori. Se la ipertrofia si accompagna a dilatazione, siccome à luogo quasi sempre, si osserva un suono più completo, più esteso e resistente, fenomeni che si osservano, benchè a grado inferiore, nella ipertrofia semplice. Un violento impulso de' battiti del cuore, i rumori sordi, oscuri, un polso piccolo e depresso, fenomeni i quali coincidono con un suono poco specchiato della regione precordiale, e si estende qualche volta ad uno spazio minore dello stato fisiologico, caratterizzano la forma della ipertrofia che abbiamo chiamata concentrica. Avendo riguardo a certi fenomeni si potrà spesso stabilire quale sia la porzion del cuore specialmente o esclusivamente affetta dalla ipertrofia. Quindi se la lesione occupa il ventricolo sinistro, l'impulso esiste specialmente verso le cartilagini della quinta, sesta, settima ed anche ottava costa; a questo livello il suono matto ed il gonfiamento sono al loro maximum; nello stesso tempo il polso è forte, teso, vibrante; la faccia è rossa, animata. Per lo contrario, nella ipertrofia del ventricolo diritto, l'impulso come anche il suono matto esistono alla parte inferiore dello sterno; il polso non presenta i caratteri che abbiamo indicati, a meno che l'alterazione non occupi nello stesso tempo il ventricolo sinistro. In questo caso sono state pur anche osservate le congestioni polmonali, o almeno un incomodo grande della respirazione, che spiegarasi per la dispnea, lo strangolamento, gli accessi di soffocazione. A questi segni Lancisi, Laënnec ed Hope aggiungono il polso venoso o almeno la semplice dilatazione, la turgescenza delle vene giugulari. Ciò non pertanto si è veduto che questo fenomeno appartiene alla sola ipertrofia; in fatti dipende forse

meno da questa lesione che dalla inesatta chiusura dell' orificio auricolo-ventricolare destro durante la sistole, il che spiegasi d' altronde per la dilatazione che à subito e per la insufficienza della valvola tricuspidale, la quale permette al sangue di rilluire nella orecchietta destra e nelle vene che vi si scaricano. La coincidenza di questi ultimi fenomeni con i segni propri alla ipertrofia del ventricolo sinistro non indica affatto che i due ventricoli siano simultaneamente affetti; li abbiamo mille volte osservati nelle ipertrofie con dilatazione considerabile del ventricolo sinistro, e quando il ventricolo destro, respinto in dietro ed in alto, aveva soltanto un piccolo volume. Oltre a che i disturbi dipendenti dalla respirazione e dalla circolazione venosa si spiegano benissimo per questa specie di atrofia. Manca qualunque sintomo locale, secondo Hope, che potesse far distinguere l' ipertrofia delle orecchiette. Notiamo però in questo luogo che il Signor Beau à preteso che ne' casi in cui il solo ventricolo è ipertrofiato, l' impulso sarebbe poco specchiato (ciò che trovassi in opposizione colle idee generalmente ricevute), mentre che il contrario avrebbe luogo quando esiste contemporaneamente una ipertrofia considerabile della orecchietta.

Le malattie principali colle quali la ipertrofia del cuore somiglia in qualche modo sono la pericardite, l' endocardite, la pleurisia con versamento, l' enfisema vescicolare¹, gli aneurismi dell' aorta e le palpitazioni nervose. Una leggiera attenzione però basta per stabilire in tutti questi casi la diagnosi differenziale. Quindi la ipertrofia si distingue dalla pericardite per la mancanza de' fenomeni di reazione e de' diversi rumori di strofinio, per lo impulso vivo de' battiti, i quali sono per lo contrario oscuri e profondi nella pericardite; in fine il suono matto eseso, fenomeno comune nelle due affezioni, offre qualche differenza nell' una e nell' altra; quindi è *fisso e resistente* nella ipertrofia, mentre che nella pericardite il dito che percute à la sensazione di una *minore resistenza*, e come il Signor Piorry lo à provato il primo, si può qualche volta farla cambiare di sito variando le posizioni degli ammalati. L' *endocardite*, per la vivacità de' battiti e dello impulso, per le palpitazioni, la estensione del suono matto e la curvatura potrebbe più facilmente imporle, e far credere una ipertrofia, se i rumori morbosi che esistono comunemente nella prima, ed anche la estensione maggiore del suono matto, e soprattutto il corso acuto della malattia e lo stato febbrile, non rivelassero la natura della malattia. La *pleurisia* con tale versamento da spingere il cuore dal lato opposto presenta de' segni talmente facili a non far commettere un errore. Vedremo in seguito che una ipertrofia di cuore non può essere confusa con un *enfisema vescicolare* e neppure con un *aneurisma dell' aorta* (Vedi queste malattie). Molti

medici confondono tutti i giorni colla ipertrofia le *palpitazioni puramente nerrose* o ligate allo stato *anemico* o *clorotico*. Niente però è tanto facile quanto il non commettere un errore tanto pregiudizievole agli ammalati; perchè in tutti i casi non avvi nè curvatura, nè suono matto più esteso, nè edema; in oltre, le palpitazioni nervose sono intermittenti, e nel loro intervallo gli ammalati non presentano alcun disturbo dipendente dal cuore. Se finalmente trattasi di un individuo clorotico o anemico, si osserverà un rumor di soffio nel primo tempo, diversi rumori morbosi nelle arterie, dolori nevralgici, disturbi particolari dello stomaco e scoloramento della pelle.

Pronostico. — Ammettendo anche la guarigione come possibile, la ipertrofia deve essere considerata come una malattia gravissima. Essa è meno pericolosa senza dubbio delle lesioni delle valvole e degli orifici, poichè non presenta mai lo stesso impronto d'incurabilità, produce disturbi meno gravi, e permette allo ammalato di vivere più lungo tempo, però presto o tardi termina colla morte. Da ciò che abbiamo detto poc' anzi, è cosa evidente che la ipertrofia del ventricolo sin'istro è più grave di quella del ventricolo destro: il pronostico è tanto più pericoloso in quanto la dilatazione delle cavità è maggiore.

Etiologia. — Alcuni fatti riportati da Lancisi, da Albertini e da Pinel, sembrano provare che la ipertrofia di cuore può essere una malattia ereditaria; gli uomini sembrano più predisposti delle donne. Da' risultati del Signor Legroux inseriti nel primo volume del giornale l'*Experience*, la ipertrofia del cuore poco comune prima del trentesimo anno, aumenterebbe ad un tratto a questa età, e si manterrebbe quasi stazionaria sino a sessant'anni. Non si conosce nulla di preciso sulla influenza esercitata da' temperamenti e dalle professioni; non è provato specialmente, siccome è stato ammesso in teoria, che la malattia sia più frequente negl'individui che esercitano un mestiere che richiede i movimenti laboriosi delle braccia.

Tra le cause occasionali la cui influenza è meglio dimostrata, citeremo la strettezza congenita dell'aorta o dell'arteria polmonale, il restringimento di uno o molti orifici del cuore e la insufficienza delle valvole, malattie le quali, richiedendo un soprappiù di attività nelle contrazioni del cuore, provocano finalmente un eccesso di nutrizione nelle pareti dell'organo: la cattiva formazione del torace sembrano agire nello stesso modo. Tra le malattie del polmone che possono determinare una ipertrofia del cuore, faremo menzione dello enfisema vescicolare; poichè non sapremmo ammettere, specialmente dopo le ricerche del Signor Louis e Bizot, che la etisia potesse avere lo stesso effetto, siccome mille autori lo hanno preteso. Escluso ciò, i tubercoli polmonali, siccome lo diremo in

seguito, coincidono ordinariamente con una diminuzione nel volume del cuore. Fanno anche dipendere la ipertrofia del cuore dalle emozioni morali, da' dispiaceri, dagli eccessi venerei dagli esercizi violenti, dallo abuso de' liquori spiritosi, cause le quali tutte producono lo eccitamento e l'acceleramento della circolazione. Diciamo però che la influenza di queste cause è piuttosto ammessa per via di analogia anzichè per la dimostrazione. Per lo contrario è certo, specialmente dietro le ricerche de' signori Andral, Bouillaud e Legroux, che la infiammazione del pericardio, e specialmente quella dell'endocardio, possono determinare una ipertrofia del cuore. lo stesso è osservato molti casi di questo genere. Il Signor Beau à pur provato che le generali aderenze del pericardio potevano essere considerate come una causa d'ipertrofia excentrica. Però, non ostante tutte queste cause, crediamo ancora che la ipertrofia del cuore, nella immensa maggioranza de' casi, si sviluppa lentamente, spontaneamente, e senza che si potesse colpire l'azione di alcuna causa distinta.

Per dar termine diremo, che certe cause possono far nascere una ipertrofia accidentale e passeggera. Quindi il Signor Beau pensa che le ripetute perdite di sangue per molti giorni possono aumentare la spessezza delle pareti del cuore e la capacità delle cavità di quest'organo. Però questa opinione, prima di esser accettata, à bisogno di essere appoggiata da più numerosi e variati fatti. Si sa che i signori Ménière e Larcher avevano considerato la gravidanza come una causa d'ipertrofia cardiaca: quest'asseriva emessa negli *Archives* 1828, e della quale ciascuno aveva dimostrato la esattezza è stata completamente confermata dal dottor Ducrest, il quale avendo misurato il cuore di cento donne della età di venti a trent'anni morte nel parto, à veduto che in esse il ventricolo sinistro aveva 0, 005 m. di più della cifra indicata dal Signor Bizot (0, 010) siccome quella che rappresentava la spessezza normale di questo ventricolo nella donna (*Archives*, année 1846 t. X. p. 41).

Cura. — La prima condizione è quella di allontanare tutte le cause di eccitamento. Quindi si raccomanderà agli ammalati il riposo del corpo e dello spirito, un' alimento blando: si allontaneranno dalla dieta tutte le sostanze stimolanti: se avvi dispnea, soffocazione, palpitazioni, se la faccia è rossa, si praticherà il salasso al braccio, il quale quasi sempre produce un pronto sollievo. Le emissioni sanguigne, che tutti consigliano come palliativo, sono state raccomandate come un mezzo curativo: si usano allora a dose generosa, secondo il metodo chiamato metodo di Albertini e di Valsava. Laënnec si è dichiarato loro partigiano, e si conosce che questo illustre medico voleva che si praticassero larghi salassi da due, quattro o otto giorni

d'intervallo, e che la quantità degli alimenti fosse progressivamente ridotta a segno da permettere soltanto ad un adulto vigoroso il peso di 420 gramme di alimenti al giorno, ne quali farebbero parte solamente 60 gramme di carni bianche ed affatto vino. Quando dopo due mesi le palpitazioni ed il forte impulso erano cessati, Laënnec consiglia di allontanare l'uso de' salassi e diminuire qualche poco la severità della dieta: se poi gli accidenti ricompariscono, voleva che si riprendesse l'uso degli stessi mezzi, e non fidare nella guarigione se non quando tutti gli accidenti e specialmente i segni fisici della ipertrofia erano scomparsi per lo spazio di un anno. Questa cura però, quasi barbara, che bisogna continuare per mesi ed anni, ripugna al medico ed allo ammalato, e di rado è permesso impiegare sino alla fine; oltre a che son di parere che non à mai guarito alcuno, che anzi à sollecitato la morte; quindi crediamo cosa prudente di astenersene. Vogliamo che i salassi siano impiegati con prudenza e nel solo caso in cui la indicazione è positiva, cioè quando la circolazione è imbarazzata o troppo attiva. Però il salasso non riesce sempre tale da recar sollievo agli ammalati, manca specialmente ne' casi in cui colla ipertrofia esiste notevole dilatazione delle cavità: Hope à fatto la stessa osservazione. In simile circostanza, crediamo cosa prudente di praticare semplicemente un salasso esploratore e ricorrere ad una piccola applicazione di sanguisughe all'ano, e secondo gli effetti ottenuti, ripetere lo stesso mezzo con riserva, o rinunciare affatto. I purganti tanto raccomandati da Laënnec, producono il doppio vantaggio, perchè agiscono quasi come il salasso, diminuendo la energia delle contrazioni del cuore; ma sono utili particolarmente per combattere le idropisie che si manifestano ad un'epoca avanzata dalla malattia; in questo caso i diuretici sono pur anche indicati; in fine si è ricorso a' sedativi come l'acido idrocianico, l'acqua di lauro ceraso, lo sciroppo di sparagi: questi mezzi però sono incertissimi; non dicasi lo stesso della digitale, la quale à la proprietà di moderare, di rallentare le contrazioni del cuore, mentre colle sue proprietà possentemente diuretiche contribuisce a combattere le idropisie. La polvere di foglio di digitale è la preparazione più convenevole e più usata in Francia; si amministra ne' ragazzi alla dose di 1 centigramma, e si aumenta gradatamente sino ad 1 decigramma. Negli adulti si dà progressivamente da 5 centigramme ad 1 gramma, o pure si usa la tintura alcoolica, della quale se ne prescrivono da 6 a 36 gocce in una pozione. Quando gli ammalati non possono tollerare il medicamento internamente, s'introduce col metodo endermico: quindi si applicano alla superficie di un vescicante 15, 30, o 40 centigramme di polvere di digitale. Finalmente sono stati proposti diversi mez-

zi destinati ad agire direttamente sul tessuto ipertrofiato in modo da riportarlo al suo stato primitivo; tali sono i cauteri, la moxa alla region precordiale, l'uso interno del iodo e suoi composti, le acque minerali di Vichy, d' Ems, di Carlsbad; questi diversi medicamenti però sembrano non aver guarito mai alcuno.

DELLA IPERTROFIA DEL FEGATO

Caratteri anatomici. — Il fegato ipertrofiato presenta un volume maggiore: quindi si vede oltrepassare il bordo costale, discende sino all' ombelico ed anche al livello del bacino, occupando contemporaneamente l'epigastrio ed i due ipocondri. In alcuni casi, il suo sviluppo avendo luogo dal basso in alto, respinge il diaframma ed il polmone, e può alzarsi sino alla settima costa vera. Il peso aumenta nella stessa porzione: quindi è che sono stati veduti fegati ipertrofiati pesare sino a 7, 14, ed anche 20 chilogrammi. In generale l'organo conserva la sua figura, purchè però (e questo è il caso più ordinario) lo abbia invaso in tutte le sue parti. Se per lo contrario, la ipertrofia è parziale, il fegato va soggetto a diversi cambiamenti nella sua forma. Quindi il signor Andral à veduto il lobo destro costituire esso solo quasi tutto l'organo, ed i lobo sinistro non comparire che come una linguetta sottile sopraggiunta all'altra. In generale, il fegato ipertrofiato presenta il suo colorito e la sua normale consistenza: altre volte à una tinta più pallida, più rossa, o pure è una tinta gialla che predomina. In quest' ultimo caso, si osserva facilmente che le granulazioni gialle sono aumentate di volume come nell' alterazione che descriveremo sotto il nome di *scirrosi*. Però tra questa e la lesione che descriviamo esiste questa differenza, che nella scirrosi la ipertrofia della sostanza gialla coincide colla ipertrofia della sostanza rossa, in guisa che il fegato conserva il suo volume normale, e più spesso ancora presenta un volume minore. Per lo contrario nella ipertrofia, l'esaltata nutrizione impegnando in un tempo le due sostanze, benchè in modo ineguale, ne risulta sempre un aumento più o meno considerabile del volume dell'organo. Quando la ipertrofia colpisce in preferenza la sostanza gialla, abbiamo veduto il fegato, più compatto del solito, che presenta una superficie ineguale, acuminata: ciascuna protuberanza era separata da un solco biancastro avendo l'aspetto di una cicatrice formata dal raggrinzamento della capsula fibrosa, che ci è sembrata spessita e molto più resistente. Nonostante la esaltata nutrizione del fegato, la bile non è segregata in maggior copia, e quella che esiste nella vescichetta è qualche volta più acquosa, filante pallida.

Sintomi, corso, esito. — Su sette o otto ammalati che abbiamo veduti colpiti da ipertrofia generale del fegato, ci è tornato impossibile poter fissare lo sviluppo della malattia. Tutti si sono presentati a noi che soffrivano da molti mesi ed anche da molti anni. Il fenomeno predominante era una progressiva diminuzione della persona e delle forze, anche nel caso in cui le funzioni digestive fossero nello stato di perfetta integrità. Alcuni ammalati però soffrivano di tempo in tempo diarrea, e lo stomaco digeriva a stento. In un caso osservato dal Signor Andral era esistita una itterizia intensissima. Gli individui colpiti da ipertrofia non accusano quasi mai dolore; ed alcuni si lagnano appena di un poco di peso nell'ipocondrio destro. Scovrendo il ventre si osserva un'ampiezza della base del petto alla parte destra e dello ipocondrio corrispondente. Il tutto fa distinguere un tumore duro che presenta quasi sempre una superficie eguale e levigata; essa è completamente matta e molto resistente alla percussione; si porta più o meno in basso, ed è circoscritta inferiormente da un risalto a taglio, sinuoso, obliquo da destra a sinistra, e chiaramente conosciuto come di dipendenza del fegato. Si determina facilmente, mediante la percussione e l'ascoltazione, quali sono i limiti superiori del tumore. Gli individui di cui è parola, la maggior parte soffrono nella digestione, sono affetti da diarrea di tratto in tratto, e presentano una diminuzione considerabile e progressiva nella persona e nelle forze; però non anno mai febbre, purchè non esista qualche complicanza. Nonostante il volume che il fegato acquista, è cosa degna di attenzione che il versamento ascitico si formi raramente in cotesti esseri, anche negli ultimi tempi della malattia.

La ipertrofia del fegato è una malattia di lunga durata, e può continuare per moltissimi anni. Di per se sola può produrre la morte; però gli ammalati periscono quasi sempre per qualche complicazione. Non si conosce ancora se la ipertrofia del fegato sia suscettibile di un esito felice.

Diagnosi. — La sede del tumore, la sua forma, l'essere circoscritta inferiormente da un rilievo tagliente e sinuoso, sono caratteri che non permettono la sconoscenza del tumore formato dal fegato. In fatti, avendo riguardo solamente al rilievo tagliente che termina il tumore in basso, come anche alla sua direzione, non potressi mai confondere il lobo sinistro del fegato con un tumore scirroso dello stomaco o dello epiploon, e molto meno colla milza, il cui rialto obliquamente o verticalmente da destra a sinistra, è ottuso. La difficoltà dunque non consiste a conoscere se il tumore sia formato dal fegato, ma determinare quale sia l'alterazione di cui quest'organo è la sede. In fatti l'epatite, può aumentare di volume e simulare la ipertrofia quando contiene più sangue del solito, o quando cer-

ti prodotti morbosi si sono formati nel tessuto. Si conoscerà che l'aumento di volume dipende da una congestione per la rapidità colla quale si manifesta, e perchè un salasso basta per vedere il fegato ritornato alle sue normali dimensioni. Non è poi così facile distinguere la ipertrofia dall'aumento di volume dipendente dallo sviluppo di un prodotto morboso, come le cisti sierose e idatiche, o encefaloidi. Vedremo però in seguito che nelle prime, oltre a' loro segni caratteristici (fluttuazione, fremito idatico), avvi alterazione nella configurazione del fegato, il che non à luogo nella semplice ipertrofia. Il cancro sviluppa raramente il fegato allo stesso grado di quello che succede nella ipertrofia; oltre a che, il corso della malattia in questo caso, la natura degli accidenti che osservansi, la frequenza dell'ascite ed i segni di cachessia cancerigna faranno sempre conoscere se il volume del fegato dipende dallo sviluppo delle masse encefaloidi. I casi più difficili sono quelli in cui il fegato, specialmente ipertrofiato nella sua sostanza gialla, presenta alla sua superficie una moltitudine d'ineguaglianze le quali, sentite a traverso delle pareti addominali, somigliano, sino a far cadere in errore, a quei piccoli tumori encefaloidi sì frequenti nel fegato. Riflettendo però che nella ipertrofia questi tumori sono tutti durissimi ed indolenti, mentre ne' casi di cancro sono d'ineguale consistenza, alcuni meno fluttuanti, e mediante la pressione si comprimono a forma di calicetto, per questo carattere coadiuvato dalla considerazione de' fenomeni concomitanti, si potrà giungere a determinare la natura della malattia.

Prognosi. — Da ciò che abbiamo detto, torna inutile insistere per provare che la ipertrofia del fegato è malattia gravissima; tutto porta pure a credere che sia incurabile.

Etiologia. — Nulla sappiamo di preciso sulle cause della ipertrofia del fegato. È probabile che le congestioni ripetute possono occasionare una esaltata nutrizione del fegato; niente di ben dimostrato però esiste a questo riguardo. Nel piccolo numero di fatti che abbiamo osservati, non ci è stato dato colpire l'azione di alcuna causa speciale: gl'individui non commettevano alcun errore dietetico, e non soffrivano disturbi nelle funzioni digestive; tutti erano nel periodo medio della vita.

Cura. — Ho impiegato o veduto impiegare contro la ipertrofia del fegato le emissioni sanguigne, i purganti ripetuti, i mercuriali internamente ed in frizioni, le pomate di iodo, gli alcalini sotto forma di bevanda, e di bagni, i profondi fondicoli: tutto ciò senza alcun manifesto vantaggio degli ammalati. Non ostante questi risultati negativi però, raccomandiamo di sperimentare i purganti e l'uso delle acque alcaline naturali coadiuvate dalla dieta.

DELLA SCIRROSI DEL FEGATO

La scirrosi (da *κίρρος* *cera*) è un' alterazione speciale del fegato , caratterizzata dalla ipertrofia di una parte delle granulazioni dell'organo le quali , sviluppandosi , acquistano il colorito giallo della cera.

Storia. — La scirrosi fu descritta per la prima volta da Laënnec e considerata dallo stesso siccome un prodotto di novella formazione , il quale frequente nel fegato, potrebbe anche svilupparsi in alcuni altri organi. Le ultoriori ricerche però anno dimostrato che la scirrosi appartiene esclusivamente al fegato , ed è costituita da una modifica di nutrizione del tessuto senza prodotto di un corpo nuovo. Gli autori i quali in questi ultimi tempi anno con particolarità dilucidata la storia della scirrosi , sono il Signor Bouillaud , il quale à inserito nel t. IX delle *Mémoires de la société d'émulation* un piccolo lavoro quasi intieramente anatomico ; i signori Andral e Cruveilhier , che nelle loro opere di anatomia patologica anno sciolto molte quistioni importanti ; in fine il Signor Becquerel , che negli *Archives de médecine* dell' anno 1840, non solo à studiato la scirrosi sotto il punto di veduta anatomica , ma à dato pure un quadro fedele degli accidenti prodotti durante la vita da questa grave malattia.

Anatomia patologica. — Sono stati distinti tra gradi nella scirrosi ; però due solamente sono perfettamente stabiliti ed i cui caratteri sono ben distinti.

Nel primo grado , non avvi alcun cambiamento nella configurazione dell'organo , il quale conserva pure il suo normale volume ; qualche volta esso è alquanto più considerabile. Dividendo il fegato , l'aspetto granuloso che spesso presenta il suo tessuto nello stato normale è alquanto alterato ; quindi invece di un granito a due specie di granelli , gli uni bruno-carichi , e gli altri giallastri , o pure invece di una superficie di un rosso intenso attraversato da linee di un bianco di rosa e diversamente accrocicchiate , il tessuto epatico si trova generalmente giallo , zigrinato da linee rosse e sinuose molto irregolari. Il fondo giallo , che predomina , è costituito da corpicciuoli , da granulazioni rotonde più grosse di quelle epatiche : se ne trovano qualche volta di quelle che oltrepassano il volume di un pisello , simiglienti a' lobi di adipe indurato e rossastro , che osservasi nelle membra infiltrate. Però crediamo che una sola granulazione epatica non potesse acquistare questo eccesso di volume : quando la disposizione di cui è parola esiste , è il risultato della riunione di un numero più o meno grande di granulazioni : questa è la *scirrosi in massa* di Laënnec. Qualche vol-

ta questi corpicciuoli gialli lungi di essere uniformemente disseminati nel fegato, si uniscono e formano tante piastre più o meno estese ed uniformi; a questa disposizione Laënnec dava il nome di *scirrosi a forme di piastre*. Questa sostanza gialla sembra essere affatto impermeabile; perchè, con il Signor Becquerel, è spesso osservato che coloro i quali colpiti da scirrosi periscono con i sintomi di asfissia, e nel corso di una malattia organica del cuore, col fegato ingorgato di sangue, non si osserva mai questo fluido penetrare nelle granulazioni gialle: queste conservano per lo contrario i loro coloriti propri.

Nel secondo grado della scirrosi, il fegato, dice il Signor Becquerel, diminuisce di volume; esso è ineguale, disseminato da moltissimi piccoli punti accuminati irregolari, di diversi volumi, di un colorito giallo di cuoio di scarpe, e qualche volta rossastro tendente al bruno: la sua spessezza è maggiore. Esaminando la superficie del fegato dopo aver distaccato la capsula di Glisson, si vede che il tessuto dell'organo è costituito da un agglomeramento di piccoli punti acuti, gialli, densi, irregolarmente rotondi, spesso ammassati e stretti gli uni cogli altri; in alcuni casi, sono separati tra loro da piccole linee cellulari biancastre: questa forma è quella che Laënnec chiamava *scirrosi cistica*. Il Signor Becquerel dice che i ramoscelli arteriosi, quelli de' condotti epatici e delle vene porte e sotto epatiche sono oblitterati; son di parere però che questo fatto, abbenchè possibile o almeno probabile, non sia ancora ben dimostrato: nella sezione del fegato si osserva solamente che gli orifici delle vene sono meno considerabili per effetto di una contrazione alla quale l'organo è andato soggetto. Il fegato non è mai affetto parzialmente, ma l'alterazione occupa sempre l'intero organo nello stesso tempo.

Il terzo grado della scirrosi è rarissimo, ed i suoi caratteri anatomici sono ancora ignoti. Si è stabilito che in questo grado le granulazioni si ammoliscono e si trasformano in un detritus brunastro; che alcune piccole cavità con pareti cellulofibrose, potevano formarvisi, le une vuote, le altre piene di un liquido gelatinoso, verdastro e poco consistente. Però nulla sappiamo di preciso su questo grado della malattia, che Laënnec considerava come il periodo dello ammolimento del tessuto accidentale, del quale senza ragione ammetteva la esistenza.

In quelli che muoiono in seguito di una scirrosi, la vescichetta biliare non è affatto alterata; la bile, in generale giallastra e fluida, esiste in piccolissima quantità; e nella maggior parte si trova un versamento ascitico più o meno considerabile, accompagnato o pur no ad infiltramento delle membra inferiori. In fine si possono osservare nel cuore, ne' reni e ne' polmoni diverse alterazioni che ora hanno preceduto la scirrosi, altra

volta sono sopraggiunte nel corso di essa, ed anno accelerato l'esito funesto; tra le altre tale è la pneumonia.

Sede e natura della scirrosi. — La scirrosi non è un prodotto novello, ma una lesione di nutrizione delle granulazioni epatiche. Quelli i quali allo esempio di Ferrein, di Bichat, di Meckel e di moltissimi altri anatomici, ammettono che il fegato è formato da due sostanze, l'una rossa, gialla l'altra, considerano la scirrosi siccome costituita dalla ipertrofia di quest'ultima, la quale, come ognun sa, altra cosa non è che lo elemento segretore del fegato. La sostanza rossa, per lo contrario sarebbe formata da una rete vascolare, la quale conservando dapprima le sue dimensioni, o aumentando qualche volta per lo effetto di una congestione sanguigna, spiegherebbe il perchè, nel primo grado della malattia, il fegato conserva il suo volume, o acquista qualche volta le maggiori dimensioni. Però nel secondo periodo, lo sviluppo delle granulazioni gialle comprimendo tutta la sostanza rossa, questa si scolora, si atrofizza, il che spiega quella specie di raggrinzamento che l'epate subisce a quest'epoca. Questa obliterazione, questa distruzione dello elemento vascolare del fegato spiega il versamento ascitico che abbiamo detto esistere nella maggior parte de' casi, e la cui formazione si spiega per lo incomodo a cui va soggetta la circolazione nelle ramificazioni della vena porta. Questa interpretazione non è ammissibile, pensando con Kiernann, esistere nel fegato una sostanza soltanto, e se si attribuiscono i colori di giallo e rosso che il tessuto presenta, non alla esistenza di due distinte sostanze, ma al diverso grado d'iniettamento. In questa ipotesi, bisognerebbe ammettere esservi ipertrofia di un certo numero di granulazioni, e atrofia o distruzione della maggior parte di esse, circostanza che spiega la diminuzione del volume dell'organo e dell'ostacolo della circolazione. Checchè ne sia, consideriamo le granulazioni gialle, nella scirrosi, siccome semplicemente aumentate nella nutrizione ed affette da ipertrofia; almeno questa è la lesione che presenta la osservazione. La opinione emessa dal Signor Becquerel, cioè che le granulazioni epatiche s'infiltrano in un modo plastico o albumino-fibrinoso, e che si contrarrebbe per ritornar su di se stesso in prosieguo, non mi sembra affatto provato. Però quest'autore ha fatto vedere che l'alterazione de' lobuli epatici, qualunque essa sia, non ha un'origine infiammatoria; l'analisi chimica, in fatti non dimostra affatto una notevole quantità di materia crassa, e lo esame microscopico non fa mai scovrire i globuli purulenti.

Sintomi, corso, esito. — Quando la scirrosi si manifesta nel corso delle malattie che producono le idropisie, come le malattie del cuore o la nefrite albuminosa, passa inosservata, e

si conosce soltanto allo sparo de' cadaveri. Quando la malattia è primitiva, non può fissarsi lo sviluppo, perchè non esiste mai dolore verso l'ipocondrio destro; l'appetito continua, le digestioni sono buone; manca l'itterizia, in una parola non osservasi alcun disturbo che potesse dinotare un'alterazione delle funzioni del fegato. Gli ammalati però si fanno pallidi alquanto, dimagrano, perdono le loro forze: spesso questi disturbi della nutrizione non ancora sono manifesti, ed anno appena fissato l'attenzione degli ammalati, che già il ventre si sviluppa perchè un versamento sieroso si forma lentamente nella sua cavità. Osservando allora lo ammalato accuratamente, non si trova comunemente alcuna delle lesioni che producono comunemente l'ascite; il fegato conserva qualche volta il suo volume; più spesso osservasi, mediante la percussione, che è più piccolo del solito. Però l'ascite continua i suoi progressi; qualche volta rimane stazionario, diminuisce altra volta, ma dubbio che potesse mai sparire completamente; almeno non ancora mi è stato dato osservarne un solo esempio. Quando il versamento sieroso addominale è molto, le membra inferiori s'infiltrano, il che forma un contrasto col dimagrimento sempre maggiore delle membra superiori e della faccia, la quale acquista una tinta grigiastra, altra volta giallastra e leggermente terrea. In generale la pelle è arida; alla fine si perde l'appetito, le digestioni sono difficili, la morte succede lentamente in seguito del disturbo della nutrizione, o pure è accelerata da qualche complicazione, come la pleurisia, e specialmente la pneumonia. La scirrosi è quasi sempre un corso cronico, e la sua durata raramente minore di tre o quattro mesi, può prolungarsi per molti anni. Il Signor Becquerel parla però di una scirrosi acuta nella quale il fegato sarebbe piuttosto aumentato di volume anzichè atrofizzato; esisterebbe il dolore allo ipocondrio e la itterizia: l'ascite si svilupperebbe rapidamente, e la morte avrebbe luogo tra cinque o sei settimane e tre mesi. La morte è l'esito probabilmente inevitabile della scirrosi.

Diagnosi. — Nessun segno positivo può dimostrare la esistenza di una scirrosi. La diagnosi di questa malattia può stabilirsi soltanto col *metodo di eliminazione*. Quindi, se in un individuo affetto da ascite primitivo, non trovasi alcuna lesione organica capace di spiegarlo, se niente può far credere una compressione della vena porta per effetto di un tumore o di una ostruzione del suo calibro per la formazione de' grumi, bisogna supporre la esistenza di una scirrosi. La percussione quando indica una diminuzione del volume del fegato, darà molta probabilità alla diagnosi, ma mai certezza, atteso che una atrofia semplice dell'organo può esattamente produrre gli stessi accidenti; però questa distinzione importa poco, sia per la diagnosi

che per la cura. Ho veduto alcuni medici i quali considerano come un segno di scirrosi la dilatazione, lo stato sinuoso delle vene addominali; ma siccome lo abbiain già detto, questa circolazione supplementaria dipende meno dallo stato anatomico del fegato che dalla compressione esercitata dal liquido dell'ascite su i vasi addominali. In fatti, dando esito al liquido mediante la paracentesi, le vene si abbassano, e spesso spariscono affatto.

Pronostico. — Tutto porta a credere che la scirrosi sia una malattia sempre incurabile.

Etiologia. — Rara nella infanzia, la scirrosi sembra essere una malattia del periodo medio della vita, ed osservarsi più spesso nell'uomo che nella donna. Nello stato attuale della scienza, non possono determinarsi le sue altre cause predisponenti ed efficienti. Non per tanto il Signor Becquerel, avendo incontrato le lesioni organiche del cuore nella metà di coloro che periscono per la scirrosi, ed avendo veduto da un'altra parte che più del terzo di quelli che muoiono colle affezioni del cuore presentano nello stesso tempo la scirrosi nel fegato, si è conchiuso, con qualche apparenza di ragione, che le malattie del cuore erano una causa attiva della scirrosi. Il Signor Bouillaud aveva anche emesso la stessa opinione, ma senza provarla. È probabile che le malattie del cuore agiscono in ragione della congestione quasi permanente che determinano nel fegato, il che deve finalmente alterare il movimento nutritivo dell'organo. Non è ben dimostrato che i tubercoli e l'enfisema polmonale agiscono nello stesso modo delle malattie del cuore; niente prova specialmente, che ne' casi in cui la scirrosi è primitiva, sia stata necessariamente preceduta dalla congestione, siccome è stato stabilito.

Cura. — Nessuno de' mezzi impiegati sin ora à potuto modificare il corso della scirrosi; quindi i rivellenti cutanei di qualunque specie, i purganti, i diuretici, i tonici, gli alcalini, i mercuriali, non ànno mai prodotto la guarigione, e neanche recato sollievo. Dunque bisogna adoperare soltanto una cura palliativa.

DELLA IPERTROFIA DELLA MILZA

Caratteri anatomici. — Non bisogna confondere la congestione della milza colla sua ipertrofia. La prima è il più delle volte uno stato acuto caratterizzato dall'aumento del volume dell'organo, per la maggiore quantità di sangue coagulato che contiene, per la fluidità del tessuto; in fine altra cosa non è che l'alterazione che abbiaino notato nella febbre tifoidea, allo sviluppo delle febbri intermittenti, e generalmente nelle affezioni accompagnate da una diminuzione di proporzione nella

fibrina del sangue. La ipertrofia per lo contrario è una lesione cronica nella quale l'organo acquista un volume anche maggiore del precedente: quindi non solamente può oltrepassare il bordo cartilagineo delle coste, invadere lo epigastrio, l'ombelico, il fianco e discendere sino all'arco del cavo della pelvi, ma elevandosi ancora verso la parte superiore dello ipocondrio sinistro spingere in alto il diaframma ed il polmone, ed applicandosi esattamente sulle coste, presenta un suono matto il quale risale più in alto di quello che presenta a destra il fegato. Il suo peso è aumentato proporzionatamente: quindi la milza, che secondo il Signor Cruveilhier, nello stato normale pesa da 26 a 250 gramme, può, ne' casi d'ipertrofia, pesare, 1, 2 ed anche 4 o 5 chilogrammi. L'organo conserva quasi sempre la sua figura ed il suo normal colorito; però la sua consistenza è quasi sempre aumentata; sotto il taglio il suo tessuto si presenta più duro e più secco: esso è rossastro; somiglia qualche volta al tessuto muscolare o a quello del fegato; la capsula fibrosa, spesso iniettata, è qualche volta la sede di piastre cartilaginee o anche ossee. Si dice aver trovato qualche volta i vasi splenici più voluminosi del solito, circostanza che non è verificata in alcuno de' casi da me osservati.

Sintomi, corso, esiti. — Non cade dubbio che la milza possa acquistare un volume considerabile senza risvegliare alcun disturbo manifesto nella economia: quindi abbiamo osservato mille volte individui che presentavano tutte le apparenze di una perfetta salute, quantunque la loro milza, indurata oltrepassava l'arco costale e discendeva sino al livello dell'ombelico. Vésale, Forestus e molti altri autori citano casi di simil genere. Diciamo però che questi fatti sono eccezionali, e la ipertrofia della milza, almeno quando è considerabile, determina quasi sempre i disturbi funzionali più o meno gravi. Quindi se la tumescenza dell'organo succede alle febbri intermittenti prolungate, gl'individui rimangono quasi tutti gialli, deboli, e soggetti alle frequenti ricadute di accessi febbrili. Quando la ipertrofia si sviluppa lentamente e senza causa distinta, questi tali perdono a poco a poco la loro grassezza e le loro forze; addiventano pallidi; alcuni si lagnano di un senso di incomodo, di peso, e qualche volta un vero dolore nello ipocondrio o nel fianco sinistro; il decubito sul lato destro è qualche volta difficilissimo, e spesso gli ammalati palpeggiandosi osservano la esistenza di un grosso tumore mobile nel ventre. Questo tumore, siccome lo abbiamo detto altrove, può invadere tutta la metà sinistra dell'addome; d'ordinario offre una superficie eguale, è durissimo, poco o affatto doloroso sotto la pressione; esso è circoscritto in avanti ed in basso mediante un rilievo ottuso, e si prolunga superiormente nello ipocondrio si-

nistro, che presenta un'ampiezza più o meno considerabile. La percussione, praticata al suo livello, offre un suono completamente matto, e presenta la resistenza di un corpo solido, duro e di una certa spessezza; essa fa circoscrivere esattamente il tumore in basso ed in dietro meglio che non lo farebbe il tatto, e di più per essa sola si può determinare quali sono i limiti superiori del tumore, siccome il Signor Piorry lo à benissimo stabilito in molte sue opere e specialmente nel suo *Procédé opératoire*.

Gli individui i quali soffrono un ingorgo considerabile della milza àno quasi tutti un colorito particolare: così la loro pelle, non solo alla faccia, ma ancora su tutto il corpo, prende una tinta grigiastra, scolorata, cinerea, simile alquanto al colorito de' creoli; questa chiamasi la *tinta splenica*. Nello stesso tempo le mucose si scolorano; molti perdono l'appetito, o pure le digestioni addiventano stentate, e di tempo in tempo avvi diarrea: alcuni ammalati sono oppressi ed àno poca tosse secca. In fine, o presto o tardi, un versamento sieroso si forma nel ventre; poi gli estremi inferiori s'infiltrano; lo indebolimento progredisce, e la morte à luogo ad un'epoca più o meno lontana.

Gli autori fanno dipendere dagl'ingorghi splenici diversi accidenti che nel fatto non producono, e quando auno luogo, non bisogna considerarli che come complicanze puramente accidentali; tali sono l'epistassi, le emorroidi, la disenterria, le ulceri delle gambe e la metrorragia. Per lo contrario sembra dimostrato che la gastrorragia si liga qualche volta alla esistenza di una ipertrofia della milza. Quest'accidente, d'altronde molto raro, si spiega per l'ostacolo che il tumore splenico apporta nella circolazione dello stomaco.

La ipertrofia à un corso lento ed essenzialmente cronico; infatti, dopo molti mesi, dopo uno o molti anni soltanto, la milza acquista le dimensioni di cui abbiamo precedentemente parlato.

Sorge dubbio nella nostra mente che la milza ipertrofiata potesse ritornare al suo volume ordinario; quelli che credono alla facile guarigione di questa malattia confondono evidentemente la ipertrofia colla semplice congestione o ingorgo dell'organo. Possiamo invocare in favore di questa opinione la rapidità istessa colla quale questi medici fanno diminuire, poi scomparire il tumore mediante il solfato di chinina, il quale trionfa della malattia in pochi giorni. Un simile effetto si concepisce per una milza semplicemente nello stato di congestione, ingorgata nella stessa guisa siccome succede nella febbre tifoidea e nella maggior parte delle febbri intermittenti; ma questo risultato non è possibile nelle milze ipertrofiate, le quali resistenti e dure pre-

sentano un parenchima che somiglia a quello del fegato o del tessuto muscolare. Una sì profonda alterazione non può risolversi in pochi giorni e neppure in alcune settimane, supponendola anche curabile, il che è ancora dubbio.

Diagnosi. — Un tumore splenico non presenta alcuna difficoltà. L'organo sorpassando quasi sempre le coste spurie, sarà facilmente distinto per la sua densità, pel suo suono matto, per una protuberanza larga, ottusa, rotonda, che termina alla parte anteriore ed in basso, ed in senso inverso a quello del fegato. Col tatto finalmente, e mediante la percussione, il tumore si circoscrive, e se gradatamente si segna il suo contorno coll' inchiostro o con un lapis di nitrato di argento, si conosce la forma della milza. Quando questa è colpita da ipertrofia, presenta un ovoido, rotondo su i suoi bordi e col suo diametro maggiore nel senso verticale. In questa esplorazione, fa d' uopo, mediante la percussione, fissare sempre i limiti superiori della milza, la quale, come abbiamo detto, risale qualche volta molto in alto nel petto. Può anche succedere, siccome lo à dimostrato il Signor Piorry, che l'organo acquista le dimensioni che oltrepassano 21 centimetri senza sporgere al di fuori delle coste spurie sinistre; ciò osservasi specialmente in quelli che hanno un ventre voluminoso, sviluppatissimo dal basso in alto, o in quelli le cui dimensioni verticali del petto sono considerabili. La percussione metodicamente praticata farà distinguere in questi casi un suono completamente matto presentando al dito una sensazione di forte resistenza senza la menoma elasticità. Questo suono matto, siccome il Signor Piorry lo à benissimo stabilito, è situato inferiormente e posteriormente a quello che corrisponde al cuore; superiormente ed anteriormente allo spazio occupato dal suono matto del rene, a sinistra à quello che dipende dal fegato; più in basso del luogo dove ordinariamente si osservano i versamenti pleuritici poco considerabili. Le regioni occupate normalmente dal polmone sinistro, specialmente quella che è situata in basso, presso la colonna vertebrale, continuano a presentare il suono e la elasticità mediante la leggiera e superficiale percussione, mentre che la respirazione ascoltata rimane pura. Il Signor Piorry, che copio in questo passo, perchè à espresso i risultati esattamente, aggiunge che il suono matto dello ipocondrio sinistro, del quale parliamo attualmente, non potrebbe dipendere dagli alimenti contenuti nello stomaco, perchè non sarebbe permanente, e scomparirebbe col semplice decubito sul lato destro; quello prodotto dalle fecce accumulate nello intestino crasso coesisterebbe il più delle volte con un suono oscuro delle regioni iliache, specialmente della sinistra, e sparirebbe sotto la influenza dei purganti; in fine quello che dipenderebbe da una raccolta cir-

coscritta di liquido dipendente da una peritonite parziale sarebbe stata preceduta da segni acuti di questa malattia, e sarebbe accompagnata da sintomi differentissimi da quelli che hanno luogo dalla milza. Pare impossibile come i medici abbiano potuto confondere la milza ipertrofiata coll' utero sviluppato dalla gravidanza; perchè la sede del tumore, la sua forma, il suo modo di svolgersi dall'alto in basso, potrebbero soli impedire un simile errore. Torna però difficile distinguere la ipertrofia dal semplice ingorgo: si crederà piuttosto alla prima che alla seconda alterazione, se il tumore è durissimo, se presenta al tatto una forte resistenza, se si è sviluppato lentamente e se il suo sviluppo risale ad un'epoca molto lontana. Ne' semplici ingorghi, come quelli che si osservano allo sviluppo delle febbri intermitteni, la tumefazione è rapida, soggetta alle variazioni da un giorno all'altro; esiste maggiore sensibilità sotto il tatto; spesso esistono dolori spontanei, e l'organo non presenta la durezza che acquista nel primo caso.

Pronostico. — La ipertrofia della milza è una malattia generalmente grave; se in alcuni casi non produce alcun disturbo manifesto nella economia, non è men vero che il più delle volte esercita una influenza pericolosa sulla nutrizione, e finisce presto o tardi colla morte degli ammalati, dopo aver prodotto un idropeascite. Il pronostico sarà tanto più pericoloso quando la milza, durissima, grossissima, si è sviluppata lentamente in modo oscuro, senza essere preceduta da febbre intermittente, o quando non coesiste con alcun accidente periodico. Questa lesione può rimanere stazionaria per moltissimi anni.

Etiologia. — Quasi tutti coloro i quali sono affetti da ipertrofia della milza, hanno sofferto ad un'epoca più o meno lontana, le febbri intermitteni per lunghissimo tempo, e che, quantunque guarite, hanno forse lasciato dietro di esse la milza alquanto più grossa. Checchè ne sia, ordinariamente dopo uno o molti anni di una perfetta salute, questi esseri si fanno pallidi, magri, e presentano la serie degli accidenti che abbiamo indicati precedentemente. Più di rado si vede lo eccesso di nutrizione della milza succedere immediatamente dopo le febbri intermitteni, le quali sono qualche volta perfettamente finite quantunque la milza continua ad aumentare: altra volta questi accessi durano ancora, e si mostrano irregolarmente, ad intervalli più o meno lontani, circostanza degna dell'attenzione, che bisogna investigare per servir di norma pel pronostico e per la terapeutica. Però in alcuni casi, e noi ne abbiamo veduti tre esempi, la ipertrofia della milza non riconosce come antecedenti nè gli accessi di febbre intermittente nè un soggiorno in luoghi paludosi; l'alterazione di nutrizione allora succede affatto spontanea e senza poter percepire la evidente azione di alcuna causa prossima o remota.

Cura. — L' aumento di volume della milza avendo luogo in un individuo in conseguenza delle febbri intermittenti, lo ammalato presenta ad intervalli regolari o irregolari gli accessi o alcuni fenomeni che caratterizzano uno stadio della febbre: per questa indicazione, bisogna amministrarne il solfato di chinina, il quale trionfa quasi sempre rapidamente di tutti gli accidenti. Se poi, lo ingorgo della milza, lentamente sviluppata, non coincide affatto con sintomi febbrili, se l'organo è duro e voluminoso, il solfato di chinina, a qualunque dose sia amministrato, e comunque lungo possa essere il tempo durante il quale si amministra, rimarrà senza effetto. Quindi è veduto molte volte il Signor Chomel dare in vano per lo spazio di otto o dieci giorni 1 gramma di solfato di chinina; ed io stesso, in questi ultimi anni su sei individui colpiti da ipertrofia della milza, è amministrato il sal di chinina alla dose di 2 gramme al giorno; ne è prolungato l'uso per più di due settimane; spesso l'è combinato con parti eguali di limatura di ferro o di sotto carbonato, senza mai osservare la menoma diminuzione nel volume del tumore. Gli altri rimedi non producono vantaggio: quindi il iodo internamente e sotto forma di frizione, gli alcalini per bagni e per bevande, gli evacuant, le emissioni sanguigne, i rivellenti cutanei, hanno sempre fallito. Credo dunque che fa d'uopo da ora in poi ricercare se la terapcutica possedesse altri agenti più efficaci di quelli sin ora impiegati inutilmente.

DEL GOZZO, O IPERTROFIA DEL CORPO TIROIDE

Sinonimia. — Broncocele, trachiocele, grossa gola, collo grosso; *ernia tracheale*, ec.

Bisogna impiegare la parola *gozzo* per indicare la ipertrofia del corpo tiroide, e non confondere sotto questa espressione, siccome lo facevano gli antichi, tutti i gonfiamenti dell'organo dipendenti dallo sviluppo di alcuni prodotti accidentali, come le cisti, il cancro, ec.

Anatomia patologica. — Il corpo tiroide può ipertrofiarsi in tutta la sua estensione o solamente in uno de' suoi lobi, o anche in una parte del lobo. Quando la ipertrofia è generale e molta, l'organo può acquistare mostruose dimensioni ed un peso di 500 gramme: si è pur anche veduto di 5 o 6 chilogrammi. Il suo tessuto è sempre più denso, più rosso, ed i loboli che lo costituiscono hanno un maggiore volume. Sotto la incisione geme spesso un liquido giallastro e vischioso contenuto nelle piccole vescichette membranacee semitrasparenti. I vasi del tumore sono più voluminosi. Quando il gozzo è molto antico, si osservano frequentemente nel suo interno diversi prodotti morbosi che

ne aumentano il volume ; si osservano specialmente i tumori cistici sierosi o melicerici , le cui pareti , dopo molto tempo possono addivenire fibrose , cartilaginee o anche ossee ; più di rado vi si trovano i noccioli scirrosi o il tessuto encefaloide. Dehaën, disseccando pubblicamente un gozzo, vi trovò riuniti molti prodotti accidentali ; il tumore infatti conteneva , lo scirro , l'encefaloide , il lipoma , l'ateroma , le idatidi , le concrezioni ossee ed i nocciuoli apoplettici.

Sintomi , corso. — Il gozzo si presenta sotto forma di un tumore molle , pastoso , indolente , più e meno mobile , senza cambiamento nel colorito della pelle , solcato da grosse vene. La sua forma ed il suo volume variano di molto : la ipertrofia può occupare tutto l'organo o uno de' suoi lobi , e nell'uno e nell'altro caso colpirlo inegualmente ; il più delle volte però il tumore è ovoide o sferoide , ed occupa tutta la parte anteriore del collo : qualche volta si vede distaccarsi dalla laringe e cadere sul petto , sul ventre , ed anche , dicono , sul pube e la parte media delle membra inferiori , altre volte risale lateralmente sino al livello delle orecchie. Però questi fatti sono eccessivamente rari. Nella maggior parte de' casi , il tumore presenta soltanto il volume del pugno o di due pugni dello individuo , ed in casi rarissimi acquista il doppio di queste dimensioni. Se la ipertrofia invade soltanto uno de' lobi del corpo tiroide , il tumore è situato sul lato del collo a destra o a sinistra della trachea e della laringe. Il gozzo conserva di rado la forma primitiva dell'organo ; quasi sempre è limitato alla sua circonferenza , eccetto però quando per l'antichità del tumore , il tessuto cellulare circostante viene affetto a suo tempo e cade nello induramento. Il tumore situato sulla laringe siegue tutti i movimenti che quest'organo esiegue durante la respirazione e la deglutizione ; collocato sopra vasi voluminosi , ed attraversato dalle arterie di grosso calibro , è pure la sede di pulsazioni. Il gozzo presenta anche notabilissime variazioni nel suo volume ; quindi non cade dubbio che in alcune donne , il tumore aumenta momentaneamente durante l'epoca della mestruazione , ed ognun sa che l'umido può avere lo stesso effetto. I rapporti del gozzo con gli organi importanti spiegano i gravi disturbi che osservansi qualche volta in quelli affetti da questa malattia. Quindi la compressione della laringe altera la voce e la rende rauca ; la respirazione è alterata ; gli ammalati sono anelanti , e vanno anche soggetti alla soffogazione : la pressione che il tumore esercita sullo esofago spiega perchè certi ammalati traggiano difficilmente , specialmente gli alimenti solidi ; la pressione sulle vene giugulari , opponendosi al ritorno del sangue dalla testa , risveglia la cefalalgia , il peso alla testa , qualche volta gli accidenti di congestione , ed anche la emorragia ce-

rebrale ; nello stesso tempo la faccia è gonfia violacea ; le labbra sono azzurrognole e gonfie come in certe malattie organiche del cuore. Se il gozzo , dirigendosi in alto , comprime le glandole salivari , la secrezione della saliva è attivata ; in fine in questo caso si è veduto l' udito addivenir duro per la compressione del meato uditorio. Questi effetti anno luogo quando il tumore à acquistato un volume considerabile, o pure quando il suo sviluppo , lungi di essere verso la pelle à luogo in dietro verso le vertebre, quantunque non presenti grandi dimensioni. Questi gozzi chiamati *interni* determinano gravi accidenti, ed anche la morte , benchè non avessero che il volume di una mela di media grossezza.

Sotto pretesto che in certi paesi il gozzo ed il cretinismo regnano endemicamente e coesistono spesso negli stessi individui, àn creduto esistere un rapporto di causa ad effetto tra le due malattie : molti ammettono anche oggi con Fodéré che il gozzo è una causa del cretinismo , che spiegano per la compressione che il corpo tiroide ipertrofiato esercita sulle carotidi. Però la quotidiana osservazione prova esistere una semplice coincidenza, atteso che il gozzo colpisce in fatti pochi idioti, che il cretinismo è raro in molti paesi dove il gozzo è endemico; finalmente si trovano sempre nel commercio della vita uomini i quali , non ostante un gozzo voluminoso , sono dotati di molto spirito.

Il gozzo siegue un corso estremamente lento: sviluppo comunemente verso l'età di sei a dodici anni o alla pubertà, aumenta a poco a poco insensibilmente. Il più delle volte rimane stazionario per moltissimi anni , poi aumenta rapidamente ; di più senza causa manifesta presenta pure queste alternative , moltissime volte prima di toccare ad un grosso volume. Però in alcuni casi il gozzo si è sviluppato rapidamente, e giunge in alcuni mesi ad enormi dimensioni. Avvi però un tempo della vita in cui la ipertrofia del corpo tiroide non progredisce oltre: quest' epoca può fissarsi verso quaranta o quarantacinque anni. A quest' epoca però il tumore addivene la sede , secondo le predisposizioni degl' individui , di diversi prodotti morbosi di cui abbiamo prima fatto parola.

Il gozzo può guarire spontaneamente : la risoluzione è tanto più facile in quanto che il tumore si sviluppa più rapidamente ; ma quando il gozzo si manifesta lentamente e conta molti anni , costituisce quasi sempre una malattia incurabile.

Diagnosi. — La diagnosi del gozzo è facilissima; in fatti, un tumore molle , non fluttuante , senza cambiamento nel colorito della pelle , situato sulla laringe al livello del corpo tiroide , non può essere formato che da quest' organo ipertrofiato , poichè una cisti sierosa o idatica presenterebbe la fluttuazione. Lo enfisema del collo è una malattia di corso acuto , di data

sempre recente, quasi sempre traumatico, e distinto per lo scoppiettio che dà quando si comprime. Nel cancro del corpo tiroide, malattia d'altronde rarissima, questo è duro, bernocoluto e la sede di dolori lancinanti. Il gozzo non sarà confuso con un aneurisma nè cogl'ingorghi scrofolosi delle parti laterali del collo; perchè nel primo caso, avvi un tumore pulsativo un movimento espansivo, i cui battiti diminuiscono o cessano esercitando una pressione alquanto forte tra esso ed il cuore, mentre raddoppiano se si comprime tra il tumore ed i capillari: gl'ingorghi scrofolosi sono distinti per la loro situazione lungo il collo, dove formano i nocciuoli duri, isolati dapprima, poi riuniti, e de' quali un maggiore o minor numero si risolve o suppara.

Prognosi.— Se il gozzo compromette di rado la vita, costituisce però una malattia molto incomoda, ostinatissima, il più delle volte anche incurabile. Si supera tanto più difficilmente in quanto è più antico. Desso è più ostinato quando è endemico anzichè quando è sporadico.

Etiologia.— Il gozzo è una malattia che regna quasi endemica in molte contrade, specialmente nelle Voges, il Valais, nelle gole de' Pirenei, delle Alpi, delle Cordilières. Frequente ne' luoghi bassi è quasi sconosciuto sulle alture. Gli uni attribuiscono lo sviluppo della malattia in questi casi all'aria umida, però questa opinione sostenuta da Saussure, Fodéré e Bénédict, à trovato un abile avversario nel Signor de Humboldt, il quale à provato che il cretinismo ed il gozzo erano frequenti in certi luoghi della Colombia situati su piani aridi, spogliati di alberi e ventilati. Moltissimi incolpano, senza prove sufficienti però, l'uso delle acque salnitre o che derivano da sorgenti nevoze. Secondo il Signor Boussingault, la privazione di ossigeno dell'acqua sarebbe la causa principale del gozzo endemico. Questa privazione di ossigeno può dipendere dalle altezze del suolo, dalla presenza dell'acido carbonico nell'acqua, dal contatto di questa colle sostanze che assorbono l'ossigeno, come il ferro, il solfo, le materie organiche, come le foglie secche, il legno putrefatto. La opinione del Signor Boussingault non è affatto dimostrata; nulladimeno à qualche verisimiglianza, e possono citarsi in suo favore numerosi fatti. Questa teoria d'altronde è conforme a quella data dal dottore G.M. Clelland, chirurgo dell'armata del Bengala, il quale avendo attraversato più di 1000 miglia per studiare le cause del broncocele, à trovato che in questa immensa estension di paesi lo sviluppo della malattia dipendeva dalla presenza de' sali calcari nell'acqua. Aggiungiamo che Ingres seguendo tutta intera una linea percorsa da una striscia di calcare magnesio, à veduto il gozzo manifestarsi costantemente sino alla riva del mare. Checchè ne sia, è certo che molti gozzi dipendono dall'uso di cer-

te acque senza che si potesse giustamente determinare l'alterazione alla quale questo liquido è stato esposto. Tra i fatti che provano questa influenza, ricorderò in questo luogo soltanto la storia di quel regimento di cui parla il Signor Coindet, composto di soldati giovani, i quali furono quasi tutti colpiti da gonfiamento considerabile del corpo tiroide, poco tempo dopo il loro arrivo a Ginevra, dove usarono dell'acqua di una stessa pompa; cambiarono abitazione e bevanda, ed il corpo tiroide riprese tosto le sue normali dimensioni. La opinione di quelli i quali pensano che il gozzo si sviluppa in coloro che bevono un'acqua che deriva da fonti di neve è priva di fondamento; poichè la malattia non osservasi sul pendio delle Alpi, cioè là stesso dove gli abitanti bevono l'acqua di neve quasi mentre esce dalle nèviere, e precisamente ne' luoghi più lontani, nelle vallate, la malattia è più comune; del pari il gozzo è endemico a Sumatra, dove non cade mai la neve, mentre è ignorato al Groenland, dove la sola bevanda degli abitanti consiste in acqua di neve (Bramley).

Il gozzo è qualche volta una malattia ereditaria. È più comune nella donna che nell'uomo. È dimostrato che nella prima il tumore aumenta dietro la soppressione delle regole, dopo gli sforzi del parto, o sotto la influenza della sola gravidanza, siccome lo prova un fatto curioso osservato pochi anni sono alla clinica del Signor P. Dubois, e riportato dal Signor Ferrus nel *Dictionnaire de médecine*. Il gozzo è molto più comune nelle campagne che nelle città. La miseria, l'uso del collo nudo, e la costituzione scrofolosa, sono altrettante cause predisponenti, secondo Bramley. Nella quasi totalità de' casi però, s'ignorano completamente le cause, sia predisponenti, sia efficienti, le quali presiedono allo sviluppo del gozzo sporadico. Ne' paesi dove la malattia regna endemica, è probabile che risulti dall'azione combinata di molte cause. Questa opinione è pure quella emessa da' signori Cerise e Marchant: questi distinti medici avendo osservato il gozzo, il primo nelle Alpi, il secondo nei Pirenei, son di accordo per ammettere che la malattia può risultare da un concorso di diverse circostanze, e si sono dichiarati contro la opinione di coloro i quali vogliono assicurarli una causa costante e sempre necessaria. Il Signor Bramley à detto quasi la stessa cosa in un lavoro esteso ch'egli à pubblicato, or sono dieci anni, sulle cause del gozzo nel Nèpaul, dove à spesso veduto la malattia più comune sulle alture anzichè nei piani; à pure osservato la frequenza del gozzo ne' paesi poco dissimili pel clima, la temperatura, lo alimento e la qualità delle acque.

Cura. — Quando il gozzo si manifesta, e l'individuo è giovane, basta spesso allontanarlo dal luogo e sottoporlo ad una

buona igiene per arrestare la malattia nel suo corso ed ottenere la risoluzione: quindi Itard à veduto a Lusanna un pensionato consacrato agl' Inglesi dove quasi tutti gli allievi erano colpiti dal gozzo ed a quali non si amministrava alcun rimedio, per la certezza che ritornando ne' loro paesi tutti guarivano. Contro il gozzo sono stati proposti molti mezzi che quasi tutti riescono inutili: tali sono i vescicanti, gli empiastri fondenti, i setoni, i caustici, le scarificature e la ligatura delle arterie tiroidee. Passerò sotto silenzio la estirpazione che alcuni celebri chirurghi moderni (Dupuytren, Roux, Blandin) ànno tentato in vano, ed alla quale bisogna rinunciare. Tra i mezzi curativi proposti contro il gozzo, uno di quelli che vanta maggiori successi è certamente il iodo, raccomandato specialmente da Coindet a Ginevra, e da Brera in Italia. Si amministra internamente sotto forma di tintura (15 a 40 gocce) due o tre volte al giorno, ed esternamente combinato colla sugna (sugna, 30 gramme, idroiodato di potassa, 4 gramme). Il iodo è indubitabilmente la sostanza attiva, che agisce in preferenza di moltissimi rimedi empirici vantati contro il gozzo; tali sono le ceneri del *fucus vesiculosus*, raccomandate da Russel sotto il nome di *effluve vegetale*, e la *spugna bruciata*. Affinchè questa torni efficace, non bisogna carbonizzarla; che anzi, siccome lo raccomanda Bouchardat, bisogna regolare talmente il fuoco che la polvere ottenuta conservi il colorito rosso della spugna. Agli ammalati al di là di dieci anni si amministrano ciascun giorno 3 gramme di questa polvere (1 gramma la mattina, 1 a mezzo giorno, 1 la sera). In fine la polvere di spugna ed il iodo sembrano essere la parte attiva della polvere detta di Sency, arcano nel quale una commissione dell' Accademia reale di medicina à conosciuto tale efficacia da indurre questa unione di dotti a domandare al governo l'acquisto del rimedio per renderlo di pubblica ragione.

DALLA ELEFANTIASI DEGLI ARABI

Sotto il nome di *elefantiasi degli Arabi* viene indicata una malattia caratterizzata specialmente da un gonfiamento, da una ipertrofia della pelle e de' tessuti cellulare ed adiposo sottostanti, il che produce una trasformazione più o meno considerabile ed anche mostruosa delle parti affette.

Storia. — Pare che questa malattia non sia stata descritta prima del X.^o secolo; Rhazès, medico arabo fu il primo a farla conoscere. Però è stata giustamente studiata soltanto nel secolo ultimo da Hillary e Hendy, i quali la descrissero accuratamente sotto il nome di *malattia glandolare di Barbadi*. In

fine, nel 1806, un autore francese, il dottore Alard, pubblicò, sulla elefantiasi degli Arabi una dotta monografia, la quale forma anche oggi il lavoro più completo che possediamo su questa malattia.

Anatomia patologica. — Nelle parti affette da elefantiasi, la pelle è dura, spessita; l'epidermide è ingrossata, screpolata, aderente; il corpo mucoso è distintissimo; lo stato morboso lo è talmente sviluppato, che il Signor Andral in un caso ed il Signor Rayer in due altri anno potuto osservare tutti gli strati ammessi da Gaultier tra l'epidermide ed il derma; questo è molto sviluppato e può avere più di 40 millimetri di spessore. Il tessuto cellulare è indurato, addensato, e contiene qualche volta nelle sue areole una materia gelatinosa, o pure è penetrato da fluidi bianchi combinati con esso, il che unito alla sua durezza, gli dà un aspetto scirroso. I muscoli sono ordinariamente pallidi, giallastri, dimagrati, o pure àn subito la degenerazione adiposa, qualche volta le vene della parte ammalata erano obliterate, i gangli ed i vasi linfatici ingorgati, finalmente le ossa istesse possono essere assottigliate e friabili.

La elefantiasi assale in preferenza le membra inferiori, specialmente le gambe, è più rara alle membra superiori. Stabilita il più delle volte ad un sol lato, le membra congeneri non ne sono quasi mai simultaneamente affette. Queste parti possono acquistare un enorme, ed anche mostruoso volume, da presentare lo aspetto delle gambe dello elefante; perciò il nome della malattia. Altre volte la elefantiasi occupa le pareti addominali, specialmente lo scroto, le grandi labbra, le mammelle, la faccia in parte o in tutto, come le labbra o le palpebre. In fine non avvi parte del corpo che non sia stata veduta affetta dalla malattia di cui è parola.

Sintomi. — Tutti son di accordo a riconoscere che in moltissimi casi la gonfiezza delle membra è annunziata da un dolore più o meno vivo, che siegue il tragitto della vena safena e de' principali tronchi linfatici. Spesso si osservano tutti i fenomeni locali di una linfite. Quasi sempre la pelle acquista una tinta eritematosa, ed il tessuto cellulare si gonfia considerabilmente; nello stesso tempo gli ammalati provano brividi, febbre, sete; sono affetti da inappetenza, qualche volta da vomiti, da delirio. Tutti questi sintomi, eccettuato un leggiero gonfiamento che continua, cessano intieramente per ritornare ad epoche più o meno lontane. Queste specie di accessi, che possono mettere tra essi un intervallo di molti anni, possono ritornare sino a quattordici volte nel corso dell'anno (Hendy). A ciascuno di essi il gonfiamento aumenta; e finalmente acquista un enorme volume. Questo gonfiamento dapprima alquanto molle, sembra prodotto da un versamento di siero o di linfa plastica; più tardi

però il membro si fa duro e non conserva più la impressione del dito. A quest' epoca la malattia non risveglia altri disturbi funzionali meno quelli che risultano dal volume e dal peso della parte ammalata. Questa può acquistare le più bizzarre forme; quindi essendo uno de' membri colpito da ipertrofia, somiglia ad un otre o ad un sacco ripieno. Il gonfiamento può essere conforme, o pure a *strati*, come se ciascun accesso avesse formato il suo particolar tumore (Rayer). Se la elefantiasi occupa lo scroto o una delle grandi labbra, si vede un enorme tumore, del peso di 10, 20, 30 chilogrammi e più che pende tra le cosce sino alle ginocchia o sino al malleolo. Se la verga è affetta, può eguagliare in volume il pene di un mulo. Le mammelle possono pure acquistare una tale grandezza da discendere sino al disotto del ginocchio. Quando la faccia è colpita da elefantiasi, i lineamenti sono contraffatti; in questo caso si è veduta la testa maggiore di quella del bue, ed il solo naso acquistare una grossezza talmente mostruosa che coprirebbe tutta la faccia (Schenck). Quando esistono soltanto alcuni attacchi, la Pelle, dice il Signor Rayer, è ordinariamente levigata e senza cambiamento di colorito; i vasi serpeggiano qualche volta al disotto di essa e le imprimono una tinta bronzina; a poco a poco diviene aspra; si copre di protuberanze, di vene varicose, di squame epidermiche come nella ietiosi. In fine si formano qualche volta le fletteni e le scropolature; i gangli linfatici vicini possono essere sani o indurati. La sensibilità non è d' ordinario distrutta nelle parti.

Corso, durata, esito. — Siccome lo abbiamo veduto la elefantiasi procede ordinariamente ad accessi. Allo sviluppo aumenta regolarmente, perviene ad un certo grado, e spesso rimane stazionaria: la sua durata è sempre lunga; può prolungarsi al di là di dieci, quindici o venti anni. In alcuni casi rarissimi è terminata spontaneamente colla guarigione; ma per lo più dura in tutto il corso della vita. Può essere causa di morte solo quando lo individuo è di cattiva costituzione, o quando il gonfiamento delle parti determina la cangrena, sebbene sia un accidente rarissimo.

Diagnosi. La durezza, la resistenza delle parti affette, il corso della malattia, sempre locale, farà distinguere la elefantiasi degli Arabi da un edema parziale, la sola malattia colla quale potrebbe confondersi.

Pronostico. — Da ciò che precede, è cosa costante che la elefantiasi sia una malattia incommoda; perchè se non produce la morte, costituisce per quelli che la soffrono una infermità incommoda e quasi sempre incurabile.

Etiologia. — Rarissima in Europa, la elefantiasi è una malattia frequente in Egitto, nella Turchia Asiatica, nel Malabar,

a Geylan, nel Giappone, all'isola Barbada, ec., senza però aver conosciuto le circostanze che rendono la malattia endemica in questi paesi. In tutti i casi, la elefantiasi non è contagiosa, nè ereditaria: assale indifferentemente gli uomini e le donne, tutte le età, però è più frequente negli adulti. Il più delle volte spontanea, questa malattia può aver luogo nelle parti le cui vene sono ristrette o obliterate, in quelle che per lungo tempo sono state la sede di ulceri, di eczema, di lichene; o pure sono state affette molte volte da risipola; ciò mi è stato dato osservare in due casi.

Cura. — Se si è chiamato allo sviluppo bisognerà combattere la malattia mediante gli antilogistici, gli emollienti e le frizioni mercuriali. Nello stato cronico, i salassi generali e locali non sono manifestamente utili, forse succede lo stesso delle scarificazioni; i cauteri, la moxa, i vescicanti, i mercuriali anno sempre mancato. Le frizioni risolventi, praticate specialmente colle pomate di iodo, potrebbero, secondo i signori Cazenave e Schedel, essere consigliate con qualche speranza di successo; lo stesso potrebbe succedere delle docciature a vapore; però quasi tutti si è d'accordo per la compressione, la quale sembra essere un mezzo più efficace. In fine stanchi pel peso delle parti, molti ammalati hanno chiesto l'amputazione. Però questo estremo sarà usato solo quando la elefantiasi mettesse ostacolo allo esercizio di necessarie funzioni o rendesse gl'individui inabili allo esercizio de' loro mestieri. Bisognerà essere tanto più restii a sbarazzare gli ammalati della loro infermità, in quanto che si è veduto molte volte che quelli i quali erano sopravvissuti alla operazione essere poi affetti di bel nuovo nello stesso moncone, o pure in un'altra parte del corpo.

Natura. — Il Signor Andral ha sostenuto con telento che la elefantiasi degli Arabi era una flemmasia del sistema linfatico del derma; però questa opinione è molto dubbia, poichè non conta in suo favore alcuna prova anatomica certa. La elefantiasi consiste per noi in un perversimento della nutrizione la cui causa è affatto sconosciuta.

DI UN INDURAMENTO RARO DELLA PELLE

Chiamerò un momento l'attenzione del lettore sopra una malattia rarissima, poichè la scienza ne possiede solamente quattro esempi, malattia che il Signor Thirial ha descritto il primo nel 1845 nel *Journal de médecine*, sotto il nome di *sclerema degli adulti*. Questa malattia è quella stessa che il Signor Forget ha chiamato *chorionitis* o *sclerostenosi* in una memoria pubblicata nel 1847, nella *Gazette médicale di Strasbourg*. Io stesso

è osservato questa malattia una sola volta all'ospedale S. Antonio; la relazione di questo fatto curioso è stata data dal Signor Bernard, mio interno, nella *Gazette des hôpitaux* (numero del 29 aprile 1847).

Nella malattia di cui è parola, la pelle acquista una durezza particolare in una estensione più o meno grande: essa è dura e tesa come se le parti molli sottostanti fossero da essa strozzate. Non può neanche pizzicarsi: le rughe e le pieghe sono sparite. Se la faccia è colpita, la fisionomia ha perduto qualunque espressione, e si direbbe una figura di cartone. La pelle delle membra è pure indurata: i movimenti sono inflessibili, difficili a tal segno che gli ammalati non possono più lavorare, e camminano a stento.

Malgrado una sì profonda alterazione, la pelle conserva la sua sensibilità, la sua temperatura, la sua perspirabilità. Ora offre il suo colorito normale, ora sembra alquanto più carica; altra volta, siccome l'ho veduto, ha perduto il suo lucido in moltissimi punti. La sua spessezza è forse leggermente aumentata; ma il tessuto cellulare sottocutaneo non prende parte a questa ipertrofia. Non avvi edema, nè febbre; gli organi digestivi respiratori e circolatori sono perfettamente intatti.

Questa malattia ha un corso essenzialmente cronico. Un fatto del Signor Thirial prova che la guarigione è possibile, ma questo risultato si ottiene di rado.

Sin ora la malattia è stata osservata soltanto nelle donne di 15, 21, 33, e 50 anni. I disturbi della mestruazione hanno moltissimo contribuito allo sviluppo della malattia.

La cura è ancora ignorata. Però consiglieremmo, ed in simili casi abbiamo sperimentato i medicamenti alteranti, tra i quali preferiremo gli alcalini sotto forma di bagni e di bevande, i mercuriali, le preparazioni di iodo.

Natura. — Quale opinione stabilire su questa malattia? A quale malattia può essere ragionevolmente avvicinata? Il Signor Thirial ha voluto farne una forma dello sclerema; ma paragonandola col quadro che abbiamo dato nel primo volume dello edema de' neonati, non si troverà alcuna simiglianza, alcuna analogia tra le due malattie. In quella che abbiamo descritto, avvi in fatti edema; la pelle conserva la temperatura, la sensibilità, la sua perspirabilità, mentre conosciamo non essere così nello edema de' neonati. Questa è una malattia acuta che si associa a' sintomi asfittici e termina quasi sempre colla morte, mentre che lo induramento di cui parliamo è una malattia di corso cronico, non accompagnato da alcun disturbo delle principali funzioni, e non dover compromettere la esistenza, almeno approssimativamente. Il Signor Forget non ha veduto nella malattia che una infiammazione cronica del derma. Il corso della ma-

lattia, i caratteri dell'alterazione, la integrità delle principali funzioni, si oppongono formalmente perchè si potesse abbracciare una simile dottrina. Da canto nostro, senza voler recar pregiudizio alla natura della malattia, che ignoriamo affatto, pensiamo doversi ravvicinare alla elefantiasi, senza però confonderla con essa: in fatti si distingue per molti caratteri. Questa opinione è pur anche quella del Signor Rayer, quando lo abbiain pregato di esaminare la malata che avevamo sotto la nostra cura allo spedale di S. Antonio;

SEC ODO GENERE DELLE LESIONI DI NUTRIZIONE

DELL' ATROFIA

L'atrofia è quello stato in cui un organo o un tessuto s'impiccolisce, perde il suo volume in seguito di una diminuzione nella nutrizione. L'atrofia è per un organo o per un apparato di organi ciò che il marasmo è per il corpo intiero.

L'atrofia produce nelle parti che assale diversi cambiamenti, i quali sono stati perfettamente descritti dal Signor Andral. Quindi dice questo dotto professore, che il volume addiviene minore, dal che risulta una diminuzione nel tessuto delle membrane, ed una diminuzione della loro massa per i parenchimi. In alcuni casi però vi può essere atrofia considerabile di un organo, senza che il suo volume comparisca minore: quindi la rarefazione del tessuto areolare delle ossa e de' polmoni per i progressi della età esiste senza cambiamento nel volume e la forma delle parti. L'organo atrofiato può avere minore o maggior consistenza dello stato normale: il più delle volte è ammolito; il suo tessuto è floscio, meno colorato, perchè riceve meno sangue del solito, siccome viene dimostrato dalla obliterazione, o almeno dalla diminuzione del calibro delle arterie; spesso una grande quantità di adipe si deposita attorno ad esso, siccome per rimpiazzare il vuoto che lascia in conseguenza del suo ritirarsi. In fine il tessuto proprio diminuisce di più in più; qualche volta scompare affatto; allora è sostituito dal tessuto cellulare o fibroso.

L'atrofia può essere prodotta da moltissime cause. Spesso risulta dalla minor quantità di sangue che arriva verso l'organo in conseguenza della ligatura, o della obliterazione spontanea dell'arteria principale. In questo modo, e forse esercitando lo assorbimento interstiziale che agisce la compressione. Altre volte l'atrofia dipende da una diminuzione della influenza ner-

vosa; quindi la sezione de' nervi principali di un membro produce la diminuzione di esso; abbiamo veduto la compressione di un glosso faringeo determinare l'atrofia della corrispondente metà della lingua. La sospensione delle funzioni di un organo o la minore attività trae seco l'atrofia di quest'organo: per questa causa, combinata ad una diminuzione della influenza nervosa si spiega l'atrofia che colpisce le membra paralizzate. La infiammazione, specialmente quando termina colla suppurazione trae seco spesse volte l'atrofia de' tessuti; nella maggior parte de' casi porò, l'atrofia degli organi a luogo senza che si potesse determinare la causa.

Gli effetti dell'atrofia sono locali o generali secondo la importanza dell'organo affetto. In tutti i casi, l'atrofia produce l'effetto di diminuire ed anche di annientare perfettamente l'azione degli organi che assale.

DELL' ATROFIA CEREBRALE

L'atrofia cerebrale è un'alterazione che consiste nella diminuzione del volume e della nutrizione di una parte o della totalità del cervello. L'atrofia differisce dall'*agenesia* in quanto che la prima suppone che l'organo sia giunto al suo completo sviluppo quando a subito una diminuzione, mentre la parola *agenesia* indica il difetto primitivo o consecutivo dello sviluppo o dell'aumento dell'encefalo, o di una delle sue parti. Questa distinzione, ch'è fondata, è stata in spezieltà stabilita dal dottor Cazauvielh e da Breschet, autori di eccellenti lavori sull'agenesia e diversi altri vizi di conformazione dello encefalo (*Archives*), t. XIV e XXVI). Definitivamente parlando però, i disturbi funzionali sono a poco presso gli stessi, qualunque possa essere la sostanza nervosa mancante, e quindi comprenderemo nel quadro seguente l'agenesia e l'atrofia propriamente detta, siccome lo àn praticato prima di noi i signori Andral nella sua *anatomia patologica*, e Calmeil nel *Dictionnaire de médecine*: da questi due autori specialmente caveremo la maggior parte de' dettagli che verranno in seguito.

Caratteri anatomici. — Gli emisferi sono più spesso atrofiati di qualunque altra parte dello encefalo; possono esserlo parzialmente e nella totalità.

L'atrofia parziale, dice il Signor Andral, può colpire, 1.º le circumvoluzioni, che possono essere meno numerose, o più piccole, o anche mancare affatto, sia delle due parti, sia di un sol lato, sia in fine in punto circoscritto. Quando le circumvoluzioni sono soltanto atrofiate, la polpa nervosa può conservare il suo aspetto e la sua normale consistenza: però si

trovano spesso, specialmente alle superficie del cervello, le circumvoluzioni lucide, dure, elastiche, siccome raggrinzate e simili al glutine umido, o pure sembrano formate dalle membrane sovrapposte e contenenti appena nella loro trama alcune particelle di sostanza nervosa (Calmeil) 2.° Tutta la parte superiore degli emisferi cerebrali, dalla loro superficie interna sino a' ventricoli, può essere atrofiata, o mancare affatto. Ora tutta questa porzione della massa nervosa è sostituita da una saeccoccia sierosa che non comunica affatto co' ventricoli: ora al di sotto delle meningi si scorgono a nudo, senza che si pratici alcuna incisione, i differenti organi contenuti ne' ventricoli laterali (strati ottici, corpi striati, ec.) Altre volte l'alterazione è meno considerabile; quindi si trova che un solo degli emisferi è più piccolo dell' altro, o pure l'atrofia o l'agenesia esiste solo sopra uno de' lobi. 3.° Gli strati ottici ed i corpi striati possono essere atrofiati o mancare affatto. L'atrofia può esistere su tutta la massa, o isolatamente sulla sostanza bianca o grigia. Quando questi gonfiamenti mancano affatto, si trova invece una cisti sierosa, o pure non esiste niente. Nel primo caso, aggiunge il Signor Andral, la massa degli emisferi cerebrali può esistere o mancare: nel secondo, è costantemente mancante, ed al di là de' peduncoli cerebrali altro non si rinviene che fibre sparse le quali si perdono in un tessuto membranaceo simile a quello il quale, ne' primi tempi della vita intrauterina, indica il luogo in cui, più tardi, si svilupperanno gli emisferi cerebrali. In simil caso le parti bianche centrali mancano pur anche, mentre che il mesocofalo ed il cervelletto possono avere il loro solito aspetto. 4.° In fine si è pur veduto l'atrofia o la mancanza isolata delle parti bianche centrali, quella del cervelletto o di uno de' suoi lobi, della protuberanza, de' tubercoli quadrigemini; in una parola non esiste alcuna delle differenti masse nervose contenute nel cranio che non sia atrofiata o completamente mancante.

In generale, i diversi gradi di atrofia e di agenesia che abbiamo studiate recano diversi cambiamenti nella forma del cranio, il quale può presentare una compressione verso i parietali, il frontale o l'occipitale, o, ciò ch'è più comune, una inequaglianza nella porzione destra e sinistra. Diciamo però che non si può sempre esattamente giudicare dello stato del cervello per la figura del cranio: in fatti questo può essere ben conformato, quantunque manchi una grande porzione di uno emisfero, o anche quando i due emisferi mancano. In questo caso aprendo il cranio, si osserva che il sacco il quale rappresenta le meningi conserva quasi la sua normale ampiezza; però un liquido sieroso sostituisce la sostanza nervosa, della quale non rimane alcuna traccia. Questo liquido ora trovasi in contatto col-

le meningi, altra volta poi è isolato entro una cisti più o meno vasta. I vasi del cranio, in generale, non offrono alcuna modifica.

Il Signor Cazauvielh, avendo accuratamente studiato lo stato de' differenti tessuti e degli organi in quelli colpiti da agenesia cerebrale, ha trovato che le membra paralizzate erano degne di attenzione per l'atrofia che avevano subito in tutti i loro elementi organici; perchè i muscoli sono non solo gracili ed assottigliati, ma le stesse ossa sono più piccole e più corte; in generale la loro forma non è affatto alterata.

Modi di prodursi dell'atrofia e dell'agenesia.—Il Signor Andral fa giustamente osservare che l'atrofia o l'agenesia de' centri nervosi non potrebbe riportarsi alla influenza di una sola causa. Egli è certo che in alcuni casi bisogna ammettere un arresto di sviluppo, cioè una modifica di nutrizione tale, che certe parti non si formano affatto all'epoca in cui dovrebbero svilupparsi. Altra volta, l'agenesia, come l'atrofia, può aver luogo dietro qualche grave alterazione dello encefalo, come un ammolimento, una emorragia, il che è luogo forse in alcuni casi particolari. Non si potrebbe ammettere però, coll' Signor Lallemand, che l'atrofia congenita del cervello, comunque debole, debba sempre attribuirsi ad una encefalite sviluppata ad un'epoca vicina del concepimento, e le cui tracce non sarebbero cancellate col tempo, sotto la influenza di un assorbimento più completo che ne casi ordinari. Questa opinione, che il dotto professor di Montpellier ha sviluppato nella sua ottava lettera e col suo ordinario talento, non è nè dimostrata nè probabile. Alcune atrofie cerebrali dipendono evidentemente da una compressione meccanica esercitata da un tumore qualunque. In fine ve ne sono di quelle affatto spontanee che hanno luogo senza causa manifesta, e che sono analoghe a quelle che si producono coll' progresso della età. Si conosce per esempio, che dalla ricerche del Signor Desmoulin, il cervello de' vecchi è di un quindicesimo o di un ventesimo più leggiero di quello degli uomini di quarant'anni. Spesso ne' primi si trovano le circumvoluzioni appassite, aggrinzate, abbassate, ed il vuoto che è luogo per la loro diminuzione è rimpiazzato dal siero.

Sintomi.—Il Signor Calmeil, il quale ha dato un quadro esatto de' disturbi funzionali prodotti dall'atrofia o l'agenesia cerebrale, ha osservato che negl'individui di cui trattasi si osserva quasi costantemente una lesione de' movimenti volontari. Quindi esiste una paralisi delle quattro membra, di una metà del corpo, o di un solo membro, secondo la sede, la estensione e la profondità dell'alterazione del cervello. Quasi tutti presentano in oltre una contrattura [più o meno forte delle membra paralizzate. Oltre a che queste sono atrofiate e deformi. La pa-

ralisi, e, secondo il Signor Cazauvielh, più frequente a sinistra che a destra; occupa la parte del corpo opposta all'emisfero ammalato. Molti di questi disgraziati sono epilettici.

La sensibilità è incompleta in alcuni; ma non è quasi mai totalmente distrutta. I sensi sono meno spesso lesi de' movimenti; appena si contano sin ora pochissimi esempi di sordità, di lesioni della vista, del gusto e dell'odorato. Qualche volta avvi strabismo, deviamiento nella fisionomia, imbarazzo nella parola. La intelligenza si risente quasi sempre della cattiva conformazione del cervello; quindi la memoria tradisce, lo spirito è limitato, il carattere ineguale; le passioni negative o violente, gli ammalati imparano difficilmente a leggere ed a travagliare. La maggior parte sono idioti, imbecilli; però questo effetto non è costante: quindi il Signor Andral riporta nella sua *Clinique* la storia di un uomo le cui facoltà intellettuali erano convenevolmente sviluppate ed anche coltivate, quantunque prive di una parte de' due emisferi cerebrali.

Quest'individui muoiono quasi tutti giovani; però vivono più lungo tempo degl' idioti propriamente detti. Ve ne sono alcuni che toccano il settantesimo anno; però la media proporzionale della loro esistenza non oltrepassa i trent'anni. Quasi nessuno degl'individui muore per la malattia del cervello: in fatti quasi tutti periscono di malattie estranee al sistema nervoso.

Diagnosi. — Il Signor Calmeil ha indicato il primo le difficoltà della diagnosi ed i mezzi di superarle; quindi non sapremo far di meglio che ripetere le sue parole. La paralisi congenita, dice l'insigne osservatore, dipendente dallo arresto dello sviluppo e dall'atrofia di qualche porzione dello encefalo, in generale è facile ad essere diagnosticata, quando è di antica data. Le circostanze in cui la lesione de' movimenti si è manifestata, lo aspetto delle membra che sono accorciate o atrofiate, o contratte, l'arresto dello sviluppo della intelligenza, la regolarità quasi costante delle funzioni della vita organica, non permettono d'ingannarsi su le congetture, e poscia il metodo di eliminazione fa perdere la idea di un tumore, di un ascesso, di un ammolimento, ec., tutto al più si potrebbe supporre un'antica emorragia, la quale sarebbe terminata mediante assorbimento o cicatrizzazione, dopo aver prodotti gravi disordini nel cranio. Ma la diagnosi riesce essa egualmente facile in un fanciullo lattante, in un ragazzo che appena comincia a tenersi ritto, ed al quale si cerca di far muovere i suoi primi passi? Se questo fanciullo è presentato, alla sua venuta al mondo, una deformità sensibile delle membra, una notevole differenza nel loro volume, la quistione è tosto risolta; non avviene del pari quando i parenti si accorgono troppo tardi dello stato di debolezza di un lato del corpo, quando la emaciazione muscolare

sembra effettuarsi in modo graduato. In fatti, chiaro risulta, che lo sviluppo di un tubercolo, di uno scirro, che un ascesso, una cisti, provocherebbero a poco presso gli stessi accidenti. Aggiungiamo a ciò che lo individuo può provare alcuni dolori, e manda gridi, può soffrire accidenti convulsivi, ed avremo una idea dello imbarazzo in cui trovasi il medico. Ne' casi di questo genere bisogna sospendere il giudizio definitivo, aspettare, per pronunziare in modo assoluto sulla natura del disordine che affetta lo encefalo, perchè il ragazzo abbia qualche anno di più. Allora se la salute fisica sembra buona, se la intelligenza continua a rimanere quasi negativa, se la emiplegia si manifesta vieppiù, se le due metà del corpo acquistano un aumento ineguale, si possono chiarire i timori che si hanno sull'avvenire dello ammalato: però non sapremo essere abbastanza riservati sul giudizio. In mezzo alle città popolate, molti fanciulli scrofolosi provano debolezza nella colonna vertebrale, camminano tardi; rimangono per lungo tempo storti, timidi; però la loro intelligenza si sviluppa a poco a poco, lo equilibrio de' movimenti si stabilisce, e quest'individui rientrano nelle condizioni degli altri fanciulli della stessa età.

Prognosi e cura. — Torna inutile insistere per provare quanto la malattia di cui è parola sia grave: essa è essenzialmente incurabile. La cura è intieramente palliativa.

DELL' ATROFIA DELLA MIDOLLA SPINALE

La midolla spinale, pel solo effetto della età, va soggetta ad una diminuzione più o meno grande nel suo volume e nella sua lunghezza, e tutto coincide con un aumento proporzionato del fluido cefalo-rachidiano. Sembra pure che la inazione prolungata della midolla produca finalmente una ipertrofia di quest'organo: in fatti si dice, che in quelli emiplegiaci da lungo tempo in seguito di una malattia del cervello, si rinvie spesso la midolla spinale diminuita sensibilmente di volume in tutta la estensione della metà laterale che corrisponde al lato affetto. Più sovente l'atrofia della midolla è consecutiva ad un ammolimento dell'organo, può anche essere prodotta da una compressione esterna. Questa lesione è quasi sempre parziale. Torna forse possibile stabilirne la diagnosi durante la vita, e distinguerla per esempio, dallo ammolimento.

DELL' ATROFIA DEL CUORE

L'atrofia del cuore consiste in una diminuzione del volume e del peso dell'organo. Per giustamente valutare questa lesione, bisogna ricordarsi esattamente quali sono le dimensioni normali del cuore ne' diversi periodi della vita (vedi pagina 33 e seguenti). Il Signor Bouillaud à distinto tre specie di atrofia. Chiama *semplice* quella nella quale avvi assottigliamento delle pareti, conseguentemente diminuzione del volume però senza cambiamento notabile della loro capacità. Nella seconda forma, ch'ei paragona alla ipertrofia eccentrica, avvi contemporaneamente diminuzione nella spessezza delle pareti, ingrandimento delle cavità, volume maggiore; però il peso è minore; questa è l'*atrofia con dilatazione*. In fine, nella terza forma, chiamata *atrofia con concentramento*, la spessezza delle pareti è eguale o anche superiore a quella dello stato normale; però la capacità delle cavità è diminuita, ed il peso è meno considerabile. L'atrofia può essere parziale o generale; in quest'ultimo caso, il cuore può perdere un terzo o anche la metà del suo volume e del suo peso normale: quindi Burns à trovato in un adulto un cuore che non oltrepassava in volume quello di un neonato. In questo caso, l'organo è floscio, molle, appassito, e ragionevolmente Laënnec lo paragona ad una mela rugosa.

Sintomi.—I sintomi dell'atrofia sono stati ben descritti più per le semplici induzioni che per l'analisi esatta de' fatti. Checchè ne sia, si considera come di pertinenza di questa lesione una diminuzione nella estensione del suono matto, de' battiti del cuore piccoli e deboli, per la mancanza dello impulso, lo indebolimento estremo de' rumori del cuore, i quali sono lenti o regolari: in fine il polso sarebbe, secondo il Signor Bouillaud, piccolo, sottile, stretto, però molto duro e resistente nell'atrofia concentrica, mentre sarebbe molle, debole e molto largo nell'atrofia eccentrica. Tra tutti questi segni, solo quelli forniti dalla percussione ànno qualche valore; ma per giungere a limitare esattamente l'organo ne' casi di atrofia di cuore, bisogna, seguendo il consiglio del Signor Piorry, percuotere fortemente per scovrire il cuore, il quale è spesso ricoverto da un lobo del polmone.

Cause.—L'atrofia del cuore è più spesso consecutiva alle malattie gravi che ànno profondamente alterato la nutrizione generale; quindi è che questa lesione è comune negli etici ed i cancerosi. Si dice averla veduta in quelli soggetti per lungo tempo alle cause debilitanti, e specialmente al metodo di Val-salva. Altre volte l'atrofia dipende da cause affatto locali; quindi è che può risultare dalla compressione che esercita sul cuo-

re un versamento considerabile formato nel pericardio. Lo stesso effetto è stato attribuito a' restringimenti de' vasi coronari.

Cura. — La cura dell'atrofia varia secondo le cause che han prodotto quest' alterazione. Quasi sempre converranno i tonici, i ferruginosi, gli analeptici.

DELL' ATROFIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI

Il fegato può essere atrofiato, cioè può perdere nel proprio peso e nel suo volume, in seguito dalla diminuzione delle granulazioni che lo costituiscono.

Caratteri anatomici. — Il fegato può essere atrofiato in tutta la sua estensione, o solamente in uno de' suoi lobi, o in una porzione del lobo. Il volume dell'organo è quasi sempre diminuito, e può esserlo ad un grado estremo; quindi è stato veduto ridotto al volume di un pugno (Strock), ed anche ad una piccola mela (Portal). Il peso assoluto è quasi sempre minore; può non pertanto rimanere lo stesso, ed in alcuni casi rari essere aumentato. La forma del fegato è raramente alterata, eccetto nel caso in cui l'atrofia è parziale. Il tessuto è quasi sempre più pallido e giallastro; può essere consistente, o pure indurato o ammolito. Avvi un'altra forma di atrofia del fegato che il Signor Andral ha descritta accuratamente sotto il nome di *atrofia con rarefazione*. In questa lesione, il tessuto del fegato è poroso, rarefatto; scompare in certi punti ed è sostituito dal tessuto cellulare. Si comprende che in questi casi l'organo può conservare la sua forma ed il suo volume; questo può anche essere aumentato, ma il peso è sempre minore: allora si osservano frequentemente nel tessuto epatico diversi prodotti morbosi, come le cisti sierose o idatiche. L'atrofia parziale coincide spessissimo co' calcoli biliari impegnati ne' canali provenienti dalle stesse parti che sono atrofiate.

Sintomi, corso, esito. — L'atrofia del fegato si sviluppa in modo oscuro; gl'individui cominciano ad impallidirsi; perdono il loro buon portamento e le loro forze; le loro digestioni sono qualche volta più stentate, altre volte rimangono intatte. D'ordinario dopo uno o molti mesi di mal essere il ventre si sviluppa e presenta i segni di un versamento sieroso. In questo caso, la malattia continua ad aumentare lentamente, e termina costantemente colla morte dopo un tempo più o meno lungo. In tutto il corso della malattia, gl'infermi non presentano alcuno disturbo speciale nelle funzioni epatiche: quindi non avvi mai dolore all'ipocondrio, e non si osserva mai itterizia. Le funzioni digestive sono intatte, e se qualche volta sono turbate, non presentano niente di speciale ne' loro disordini. La

esplorazione della regione *del fegato mediante la percussione fa rilevare quasi sempre una diminuzione considerabile del volume dell'organo.

Diagnosi. — L' atrofia del fegato possi *sospettare* o *indovinare* ma non diagnosticare con certezza. L' ascite è il sintomo che richiama l' attenzione sulla sede dell' alterazione. In fatti, un versamento ascitico che si forma lentamente senza essere preceduto da edema in nessuna parte del corpo, senza dolore vivo nel ventre, senza che esista in questa cavità alcun tumore distinto, bisognerà, col metodo di eliminazione, ammettere, sia una semplice atrofia del fegato, o pure una scirrosi; però non è possibile precisare di più la diagnosi. Ciò non pertanto, in simil caso si potrebbe *scommettere* piuttosto per la scirrosi anzichè per la semplice atrofia, per la sola ragione che la prima lesione è infinitamente più comune della seconda; però nessun lume potrà aversi dalla considerazione degli accidenti, dal corso della malattia e da' sintomi attuali, atteso che tutto loro è comune. L' ascite, nel caso di atrofia del fegato, spiegasi per l' ostacolo al quale va soggetta la circolazione della vena porta, e per lo aggrinzamento del fegato.

Prognosi. — L' atrofia del fegato è una malattia probabilmente sempre incurabile.

Etiologia. — L' atrofia può esistere di per se sola, senza antecedente lesione; ed allora torna impossibile potere indicare le cause che hanno contribuito al suo sviluppo. Altra volta l' atrofia è evidentemente consecutiva di diverse lesioni del parenchima e de' vasi del fegato: quindi diversi tumori, le cisti producono qualche volta un' atrofia parziale dell' organo: lo stesso effetto può essere il risultato della oblitterazione di un vaso sanguigno, ed anche, siccome lo abbiamo detto, della oblitterazione di alcuni de' condotti la cui riunione forma il canale epatico.

Passerò sotto silenzio l' atrofia della vescichetta, alterazione frequente, ma che non manifestasi durante la vita mediante alcun disturbo funzionale distinto. La vescichetta atrofiata può essere ridotta ad un volume di un' avellana; le sue pareti sono appassite, cellulose o pur dure, completamente fibrose e cartilaginee. Esiste quasi sempre anche nel centro una piccola cavità ripiena da un calcolo o da muco. Quest' alterazione può essere il risultato della infiammazione della vescichetta; però è quasi sempre conseguenza dell' oblitteramento del canale cistico, oblitteramento prodotto in generale da un calcolo, il quale non permettendo alla bile di rifluire nel suo serbatoio, determina lentamente la sua oblitterazione.

TERZO GENERE DI LESIONI DI NUTRIZIONE

DELLO INDURAMENTO

Lo induramento è una lesione nella quale avvi aumento della normale consistenza de' tessuti senza altra alterazione della loro tessitura. I tessuti e gli organi indurati resistono di più quando si cerca di romperli o di lacerarli: incidendoli, lo strumento tagliente trova una resistenza che manca nello stato normale; però no si sente quel rumore particolare, quella specie di grido che produce la incisione del tessuto scirroso. Di rado le parti indurate conservano il loro colorito normale. Ora sono scolorate, ora più cariche del solito, o pure colorate diversamente dello stato fisiologico. Il volume non è meno variabile; quindi in alcuni casi è lo stesso dello stato normale; il più delle volte è aumentato, qualche volta diminuito. Abbiamo avuto mille volte l'occasione di parlare in questo libro dello induramento; abbiamo pure indicato questa lesione siccome frequentissima in seguito delle flemmasie. Però ogni induramento non conosce necessariamente per punto di partenza un lavoro infiammatorio, e come le lesioni che abbiamo studiate, e di quelle che tratteremo in questa classe, lo induramento può manifestarsi lentamente in conseguenza di una modifica nella nutrizione della parte, ma senza lo intervento della infiammazione. D' altronde ignoriamo affatto la causa produttrice dello induramento de' tessuti, siccome ignoriamo tutte le cause che producono le altre alterazioni della nutrizione.

DELLO INDURAMENTO DEL CERVELLO

L' induramento del cervello è una malattia la quale à fissato l' attenzione di molti medici specialmente da venti anni in qua. Distingueremo con preferenza la tese sostenuta, nel 1825, dal dottor Gaudet, la memoria inserita, lo stesso anno, negli *Archives*, dal Signor Bouillaud, come pure le ricerche del Signor Andral, inserite nel t. 11 della sua *Anatomie pathologique*. Quest' ultimo ammette molti gradi nell' alterazione della quale parleremo. Nel primo, la sostanza nervosa presenta la consistenza che il cervello acquista quando si sottopone alla macerazione per qualche tempo nell' acido nitrico allungato; nel secondo grado, la sostanza nervosa presenta la consistenza della cera o del formaggio di Gruyère; nel terzo acquista la consi-

stenza e la elasticità del tessuto fibro cartilagineo. In tutti i casi, il cervello non contiene affatto o poco sangue, anzi è pintosto esangue che iperemico.

Lo induramento è generale o parziale. Lo induramento parziale non è stato osservato sin ora, secondo il Signor Andral, se non che sotto la forma del primo grado; ma tutte le parti non hanno acquistato la stessa consistenza. Questa è più sviluppata nella sostanza midollare, e specialmente nella sostanza bianca centrale, anzichè nella sostanza grigia.

Lo induramento generale è un'alterazione quasi sempre acuta osservata specialmente nel corso delle febbri gravi (Gautet) ed in alcuni individui morti per gli accidenti cerebrali saturnini.

Lo induramento parziale è una malattia di corso essenzialmente cronico; può essere limitato in un certo numero di circumvoluzioni che presentano qualche volta in questo caso il colorito o la consistenza del formaggio di Gruyère; la sostanza grigia non è allora più distinta. Altra volta lo induramento occupa esclusivamente la sostanza midollare; coincide spesso con altre alterazioni de' centri nervosi, come le emorragie, i tumori, ec.

Torna difficile risalire alla causa dello induramento cerebrale; è certo che quello il quale è generale non potrebbe essere considerato, siccome è stato praticato, come una forma o un grado della infiammazione, perchè non si trova alcuno degli elementi che potrebbero caratterizzare questo stato morboso. Tutto porta a pensare che lo induramento parziale dipende, almeno nel maggior numero de' casi, da un semplice perversimento della nutrizione: però alcuni fatti tendono a provare che esso può essere consecutivo di una encefalite circoscritta o di un ammolimento, siccome il Signor Lallemand lo ha stabilito il primo.

Non ci è ancor dato descrivere la storia sintomatologica degli induramenti del cervello; questa lesione ha avuto pure coincidenza colla manifestazione de' più svariati disturbi. Quindi lo induramento generale si è osservato in quelli morti rapidamente con delirio o convulsioni, e gl' induramenti parziali hanno portato seco tutti i disturbi che potevano produrre i tumori intercrani, cioè la epilessia, le paralisi, le contratture, i disordini della intelligenza del delirio sino ad uno stato vicino alla imbecillità. Dunque torna impossibile stabilire durante la vita la diagnosi di quest'alterazione.

DELLO INDURAMENTO DELLA MIDOLLA SPINALE

La midolla spinale può essere indurata nella maggior parte della sua lunghezza, o solamente in un punto circoscritto: ne' due casi presenta l'aspetto e la consistenza che acquista in una macerazione alquanto prolungata nell'acido nitrico allungato. A torto, secondo noi, la maggior parte degli autori rannodano questa lesione ad uno stato infiammatorio e ne fanno una forma della mielite cronica; il corso degli accidenti, e nell'autopsia, la pallidezza de' tessuti, la mancanza di qualunque iniezzamento, contraddicono affatto questa opinione.

Lo induramento della midolla, molto più raro dello ammolimento di questo cordone nervoso, siegue il corso di quest'ultimo, e determina gli stessi disturbi funzionali, in modo che sembra affatto impossibile distinguere durante la vita queste due alterazioni. Il Signor Calmeil però dice, nella sua descrizione dello induramento della midolla, inserita nel *nouveau Dictionnaire de médecine*, che gli accidenti si mostrano secondo un ordine che raramente si osserva ne' casi di ammolimento. Quindi, secondo questo distinto osservatore, i sintomi d'induramento della midollaro si manifesterebbe dapprima in un sol membro; poi dopo un tempo variabile, si mostrerebbero nel membro situato nello stesso lato del corpo e che sembrava essere rispettato. L'atrofia colpirebbe a poco a poco la gamba ed il braccio che sono stati lesi; poi la lingua, la gamba o il braccio opposto sarebbe colpito a suo tempo, ed avrebbe luogo un momento in cui l'atrofia sarebbe quasi generale. Questa successione non è, come lo vedremo in seguito, ordinaria nello ammolimento. Il Signor Calmeil indica in seguito le funzioni della vescica e del retto siccome di rado turbate nella malattia di cui è parola; di più, la paralisi del senso e del moto sarebbe raramente completa: in fatti le membra conserverebbero un certo grado di cedevolezza, e per molto tempo gli ammalati continuerebbero a sentire, a camminare e ad agire, quantunque i movimenti fossero lenti e difficili. Lo induramento è una malattia affatto apiretica; qualche volta però il punto della spina corrispondendo all'alterazione è la sede di un dolore che presenta molta analogia co' dolori reumatici. Ho riportato in questo luogo la descrizione quasi testuale del Signor Calmeil; pur tuttavia non ardirei affermare che sia perfettamente esatta; perchè ne' pochi casi che ò avuto occasione di osservare sin ora, non ò trovato alcuna differenza per i sintomi ed il corso tra lo induramento e lo ammolimento cronico che saremo per studiare tra poco.

Lo induramento è una malattia la quale in generale è di lunga durata; si prolunga il più delle volte per molti anni. Bisogna usare la cura che consiglieremo per lo ammollimento; le sue cause sono affatto ignorate.

DELLO INDURAMENTO DEL CUORE

Lo induramento, del cuore è una malattia rara, sconosciuta ne' suoi sintomi, e senza alcuna importanza pratica. Coincide quasi sempre colla ipertrofia. Il tessuto dell'organo, percorso dallo scalpello, rimbomba in modo particolare, a poco presso, dice Laënnec, siccome risuonerebbe uno di quei bossoli di cuoio che servano pel giuoco de' dadi. Quando si procura d'inciderlo, si trova una resistenza, e Corvisart riporta, aver pure osservato in un caso, una sensazione di scoppiettio affatto particolare. Laënnec rannodava allo induramento un esaltamento dello impulso, mentre che Corvisart ammetteva che questa lesione doveva per lo contrario rendere la contrazione de' ventricoli più difficile ed i loro movimenti più limitati; tutte queste idee però sono state emesse forse *a priori*.

DELLO INDURAMENTO DEL FEGATO

L' epate indurato, è consistente e denso come il tessuto scirroso; scricchiola spesso sotto lo scalpello, come lo scirro; si rompe piuttosto anzichè lacerarsi. Secondo gli autori, quest'alterazione potrebbe esistere sola; noi però non lo abbiamo potuto verificare, perchè in tutt' i casi, abbiain veduto lo induramento coincidere colla ipertrofia, e più costantemente coll' atrofia e colla scirrosi.

Ignoro sin ora gli accidenti che possono risultare dallo induramento del fegato. Si comprende che se è molto avanzato, può produrre un ascite, e diversi disturbi degli organi digestivi. Pur tuttavia non possediamo ancora alcun dato; oltre a che bisogna supporre che le cose avendo luogo come le indichiamo, mancherebbe ogni mezzo per riconoscere se gli accidenti dipendono piuttosto da un induramento semplice anzichè da un' atrofia o da una scirrosi.

QUARTO GENERE DI LESIONI DI NUTRIZIONE**DELLO AMMOLLIMENTO**

Lo ammolimento è una frequentissima alterazione osservata nella maggior parte de' nostri organi, ed è caratterizzata da una diminuzione di aderenza de' tessuti. Considerato in generale, bisogna, allo esempio di Andral, distinguere molti gradi di ammolimento. Quindi nella sua forma meno grave, il tessuto conserva quasi le sue apparenze esterne, ma si lacera più facilmente. In un secondo grado, invece di un corpo solido, altro non si trova che una polpa che si porta via col dorso dello scalpello o con un fil d'acqua. In fine, nel terzo grado, questa polpa istessa è scomparsa, e non esiste altro qua e là che gli avanzi del primitivo tessuto. Lo ammolimento può invadere un intero organo o essere limitato ad un punto più o meno circoscritto. Se l'organo è complicato, può colpire solamente uno de' suoi elementi anatomici: quindi nel tubo digestivo la mucosa è più spesso il solo tessuto ammolito; se l'organo è cavo, e lo ammolimento interessa tutta la parete, può aver luogo un perforamento.

Lo aspetto delle parti ammolite varia di molto; possono conservare il loro volume ordinario o addivenire più voluminose, perchè penetrate da' liquidi; più di rado si trovano più piccole e come aggrinzate. Il loro colorito è pur anche variabile, quindi possono conservare il proprio colorito, o essere scolorate o pure il tessuto è più rosso: può essere anche zeppo di sangue; questo può pure esservi riunito qua e là a guisa di piccoli focolari; altre volte il colorito è violaceo, nerastro bruno o giallo, il che dipende dalla proporzione del sangue, dalla sua combinazione più o meno intima con i tessuti ammalati e dal grado al quale il lavoro di assorbimento è giunto. Questi coloriti rosso, bruno, nero, non debbono sempre considerarsi siccome preesistenti allo ammolimento; perchè spesso lo stravasamento del sangue a luogo per lo contrario in prosieguo ed in modo tutto meccanico, quando, per esempio, i vasi della parte ammalata, meno resistenti o affatto ammoliti, danno luogo al passaggio del sangue che li attraversa.

In generale, fa d'uopo di un certo tempo perchè lo ammolimento abbia luogo; però è dimostrato che in alcuni casi può prodursi bruscamente e quasi istantaneamente come se il sangue scappasse via da un vaso aperto.

Si è creduto che lo ammolimento non avesse potuto avere questo corso fulminante che ne' soli casi in cui era preceduto ed accompagnato da una forte congestione, ciò però non è mica vero; perchè si osservano molti ammolimenti, specialmente della midolla e del cervello, i quali bruschi nella loro invasione, terminano prontamente la vita, ed uccidono anche sul colpo, senza che la polpa nervosa presenti altra alterazione che un ammolimento senza colorito morboso.

Le parti ammolite possono indubitamente riprendere la loro normale consistenza, quando lo ammolimento non oltrepassa il primo grado. Se poi le parti, avendo perduto ogni aderenza, sono ridotte in polpa, in pappa, torna impossibile che in questo stato di distruzione, esse potessero riprendere il loro stato primitivo. Non per tanto la guarigione può aver luogo in questi casi, siccome succede in una perdita di sostanza, cioè che à luogo un lavoro di cicatrizzazione che lascia spesso una stampa indelebile, e può alterare per sempre le funzioni dell'organo. Ne daremo più tardi gli esempi.

Molto si è discusso sulla natura degli ammolimenti, sulla maniera con cui si sviluppano; gli uni non vi han veduto che lo effetto della infiammazione o almeno di un lavoro congestivo: gli altri li considerano come un semplice pervertimento, una semplice alterazione del movimento nutritivo che si manifesta sotto la influenza di cause il più delle volte ignorate. Oggi però la maggior parte de' medici è di accordo per fare dello ammolimento una lesione distinta dalle flemmasie. In fatti, il primo si distingue dalla infiammazione durante la vita da' suoi sintomi e dal suo corso. Paragonando la encefalite collo ammolimento bianco del cervello, l'osteite coll'osteomalacia, ec., non si osserverà alcuna specie di analogia tra queste due malattie che hanno voluto ravvicinare e confondere. Altre dissimiglianze le distinguono ancora sul cadavere; poichè in sino a tanto che in ogni infiammazione vi sarà tendenza alla formazione del pus o di una materia albuminos fibrinosa, nello ammolimento per lo contrario, qualunque sia la sua durata, non si rinvencono affatto questi prodotti, a meno che non esista complicanza. E però dimostrato che molti ammolimenti sono preceduti da una congestione attiva la quale può sussistere colla lesione che à provocata, o scomparire in seguito. Ma la iperemia non è certamente in questo luogo che una causa occasionale; perchè può esistere in tutti i gradi senza determinare un ammolimento de' tessuti, e nella maggior parte de' casi questo à luogo senza congestione antecedente e senza lo intervento di alcuna causa stimolante manifesta. Allora bisogna ammettere che una modifica tutta speciale è sopravvenuta nel lavoro nutritivo del tessuto, e quest'alterazione di nutrizione costituisce, sic-

come lo dice ragionevolmente il Signor Andral, la causa speciale, determinante, identica in tutti i casi. Le cause occasionali, per lo contrario, sono variabilissime; quindi, oltre l'iperemia e le cause stimolanti di cui abbiám fatto parola, l'ammollimento può nascere qualche volta sotto la influenza delle cattive condizioni igieniche o di qualche affezione primitiva o secondaria degli organi della innervazione o della ematosi.

Da ciò che precede, conchiudiamo col Signor Andral, dal quale prendiamo in prestito le seguenti linee, che, nello stato attuale della scienza, anzichè affermare che ogni ammollimento è il necessario risultato di un lavoro irritativo, possi stabilire che molti organi perdono la loro consistenza solita, con un insieme di circostanze che allontanano qualunque idea d'un travaglio irritativo attuale o antecedente. Di più questa irritazione non può in alcun caso bastare da se sola per spiegare il prodotto di ammollimento: tutta la sua influenza si limita a turbare il movimento nutritivo del tessuto del quale essa prende possesso. Altera la nutrizione nel suo tipo normale; da essa però non dipende nè il modo di questo disturbo e neppure i suoi ulteriori risultati. La irritazione dà l'impulso all'alterazione di nutrizione, essa non la produce affatto, perchè la natura di quest'alterazione non può essere mai calcolata nè per la intensità nè per la durata della irritazione che l'ha preceduta. In teoria, non esiste fatto che autorizzasse ad ammettere che lo ammollimento, come pure lo induramento o qualunque altra alterazione di nutrizione, sia necessariamente preceduto da un afflusso sanguigno insolito, prodotto esso stesso da una irritazione. In fatto, non dobbiamo ammettere la necessaria unione di questi due ordini di fenomeni, poichè in più di un caso si mostra l'uno senza che l'altro lo abbia preceduto o accompagnato. Che se poi vogliam stabilire teoriche, potremo dire che in molti individui, come anche in certi ragazzi cacochimici, deboli, realmente dotati di minore vitalità di quella della quale debbono necessariamente godere, ne' vecchi decrepiti, negli adulti scrofolosi, rachitici o scorbutici, in quelli di qualunque età indeboliti da malattie croniche o da un regime dietetico insufficientemente riparatore, come negli animali ne' quali il Signor Magendie à veduto ammolire la cornea sotto la influenza di un insufficiente alimento; in tutte queste condizioni, dico, i diversi ammollimenti che sopravvengono possono essere considerati siccome un grado soltanto di più della diminuzione di consistenza che presentano in simil caso tanto la fibra muscolare, quanto lo stesso sangue. Per una forza tutta vitale di aggregato si riuniscono e si mantengono riunite le molecole de' tessuti. Se dunque il sangue ed i nervi non si nutriscono più, e ciò esiste realmente in moltissimi casi, non vivificano più sufficientemente o conve-

nevolmente questi tessuti, si può concepire che uno de' risultati di questa modifica d' influenza de' due principali agenti della vita sia una minore aderenza nelle molecole de' tessuti dove essa agisce. Da ciò il loro ammolimento più o meno considerabile, dal grado dove, come si dice volgarmente, avvii flaccidezza delle carni, sino a quello in cui, perdendo il carattere della organizzazione, il solido tende a farsi liquido.

DELLO AMMOLLIMENTO DEL CERVELLO

Sotto il nome di *ammollimento del cervello*, si deve intendere una malattia caratterizzata sul cadavere dalla diminuzione di consistenza, in generale, molta e parziale della polpa cerebrale, accompagnata o pur no da alterazione del colorito normale, lesione la quale si spiega ordinariamente durante la vita per la cefalalgia, per i disturbi della intelligenza, e per i formicolii, la paralisi, la contrazione ed i dolori in uno o molti membri.

Storia. — Questa malattia è stata conosciuta da poco. Intraveduta forse dal Morgagni, da Lieutaud e da Portal, Rostan fu quello che nel 1820, la descrisse il primo, e pubblicò a quest' oggetto una importante monografia. Le dotte lettere del Signor Lallemand sullo encefalo e le ricerche del Signor Bouillaud sulla encefalite servirono poco per dilucidare la storia, per la confusione che regna in queste opere tra lo ammolimento propriamente detto e la infiammazione del cervello. Gli autori, i quali, dopo il Signor Rostan, hanno più contribuito al perfezionamento dello studio dello ammolimento centrale sono, in Inghilterra Abercrombie e Carswel; in Francia, i signori Audral, Cruveilhier, Dechambre, e prima di tutto, il Signor Durand-Fardel; il quale à pubblicato pochi anni sono, un importante lavoro sulla malattia che siamo per descrivere, lavoro il quale è il frutto di una lunga e coscenziosa osservazione.

Divisioni. — Tra le numerose divisioni proposte nello studio dello ammolimento, adotteremo solamente quella che consiste a distinguere la malattia in acuta e cronica, distinzione d'altronde fondata piuttosto sulla sintomatologia anziché su' risultati cadaverici.

Anatomia patologica. — Lo stesso nome della malattia indica che il cervello à subito in una maggiore o minore estensione, una diminuzione di consistenza che varia da un semplice ammolimento sino ad una completa liquefazione.

Ora in fatti, il punto del cervello presenta al tatto una sensazione di un gelato alquanto consistente; altra volta è tremolante, gelatiniforme; in un grado più avanzato, è ridotto in una polpa densa o affetto liquida, nella quale non si rico-

nosce o pure insensibilmente la struttura propria del tessuto. Il colorito della parte ammolita è variabilissimo; può essere rosso o rosso-nero, color feccia di vino, giallastro, grigio o bianco-matto in alcuni casi rarissimi, come nello ammolimento delle parti bianche centrali, il tessuto ammolito à conservato il suo colorito normale. Questi diversi coloriti possono essere uniformi o parziali; quasi tutti si spiegano per la maggiore o minor quantità di sangue che trovasi nella parte ammalata, e per la sua combinazione più o meno intima colle molecole cerebrali. Il Signor Lallemand però avea sostenuto che il colorito giallo nel cervello era l'indizio della presenza attuale o passata del pus. Noi non sapremo partecipare a questa opinione, che d'altronde è stata vittoriosamente respinta dal Signor Durand-Fardel. Pensiamo con quest' ultimo autore, che il colorito giallo del cervello è lo indizio di uno stravasamento di sangue recente o antico; esso è identico al colorito giallo che segna il terzo periodo delle ecchimosi del tessuto cellulare e della pelle. Lo ammolimento che occupa la superficie del cervello si accompagna quasi sempre ad un poco di tumefazione, siccome lo dimostrano la tensione della dura madre, l'aridità delle meningi nel punto corrispondente e lo abbassamento delle circunvoluzioni. Di più nella maggior parte de' casi si osserva un' aderenza più intima della pia madre colla parte ammolita (Durand-Fardel).

I caratteri anatomici che abbiamo esposti, senza essere assolutamente caratteristici della forma acuta, si osservano ciò nonpertanto più frequentemente in quest' ultima. Nello ammolimento di corso cronico, il colorito rosso manca ordinariamente; nella maggior parte de' casi, la parte ammolita presenta un colorito giallastro, o pure è completamente bianco, di un bianco più matto di quello che è proprio della sostanza midollare (è questo lo ammolimento polposo). Questo colorito, o piuttosto questo difetto di colorito, dipende dalla mancanza di qualunque influenza vascolare e da qualunque stravasamento sanguigno; quindi non si potrebbe col Signor Lallemand, attribuirlo ad uno infiltramento purulento della polpa nervosa, oltre a che quest' assertiva non è giustificata nè da sintomi osservati durante la vita, nè dal corso della malattia, nè dalla osservazione cadaverica. Un micrografo (Signor Gluge) à creduto, è vero, vedere ultimamente i globetti purulenti in alcuni casi di ammolimenti bianchi; però questi risultati, sospetti di errore come accade di tutti quelli foraiti dal microscopio, hanno in questo caso minor valore in quanto che sembra risultare dalle ricerche del Signor Durand-Fardel che la sostanza cerebrale nello stato sano, veduta col microscopio, fa vedere certi corpicciuoli perfettamente simili a' globetti di pus.

Le lesioni che precedono costituiscono il primo periodo dello ammolimento; quelle che dobbiamo descrivere sembrano essere la trasformazione delle precedenti lesioni; esse sono perfettamente descritte dal Signor Durand-Fardel. Il loro aspetto varia secondo che lo ammolimento à sede sulla sostanza corticale delle circonvoluzioni o nella profondità del viscere. Nel primo caso si trovano le piastre giallastre molli al tatto, però molto resistenti, di variabile spessezza, della estensione di una moneta di uno o due franchi, e di aspetto membranaceo. Quando lo ammolimento occupa le parti profonde, accade sovente che, in seguito di un assorbimento della polpa nervosa, altro non resta che una trama cellulare, le cui maglie sono infiltrate da un liquido torbido o biancastro, paragonato felicemente dal Signor Cruveilhier al latte di calce (*dequo è lo infiltramento cellulare*). Finalmente in un periodo più avanzato, la polpa ammolita è completamente assorbita; ne risultano allora le perdite di sostanza e le vere ulcrazioni, se lo ammolimento à sede alla superficie del cervello; se poi occupa le parti profonde, sono degli incavi simili a quelli che hanno luogo ne' focolari apoplefici, e che spesso riesce difficile poterli distinguere sul cadavere.

Niente è tanto variabile quanto lo spazio occupato dallo ammolimento; questo presenta qualche volta la sola dimensione di un'avellana; più di frequente è quasi simile al volume di una mela o di un uovo; ne' casi rarissimi si è veduto invadere tutto un lobo, ed anche quasi lo intero emisfero. Crediamo però che fin ora non sia esistito alcun fatto autentico di ammolimento generale del cervello; i casi di questo genere riportati da diversi autori ci sembrano doversi attribuire alle alterazioni puramente cadaveriche. Lo ammolimento acuto o cronico può occupare tutte le parti del cervello; ma siccome lo à dimostrato il Signor Durand-Fardel, la lesione è due volte più comune nelle circonvoluzioni che negli strati ottici e ne' corpi striati, mentre ciò non à luogo nella emorragia cerebrale. Bisogna però eccettuarne lo ammolimento bianco, polposo, che occupa meno spesso le circonvoluzioni anzichè le altre parti del cervello.

In quelli che ad un'epoca più o meno lontana hanno presentato i segni di ammolimento, nell'autopsia si rinvengono spesso al mezzo di un tessuto sano, piccole cavità puriformi, lapezzate o pur no da una membrana tenuissima. Queste cavità si son formate in seguito dello assorbimento della materia cerebrale ne' punti in cui questa, troppo profondamente disorganizzata, non era più suscettibile di risoluzione.

Altra volta si trova un induramento più o meno esteso, rosastro, giallastro, di un bianco risplendente o grigiastro, omogeneo e da pertutto compatto, o pure incavato qua e là nella spessezza delle lacune simili alle precedenti, delle quali le

une, sono vuote, le altre ripiene di detritus cerebrale o pure di un fluido biancastro analogo all'acqua di calce. Quando la materia dello ammolimento è riunita in focolaro, può rimanere intieramente separata dal resto dell'organo mediante una porzione del tessuto cerebrale più o meno indurato. Qualche volta questa parte così sciolta ed assorbita, e rimane al suo posto una cavità più o meno larga, la quale può, come lo à veduto il Signor Dechambre, restringersi per una specie d'increspamento delle sue pareti, cancellarsi, e dar luogo ad una cicatrice bianca, stellata o lineare. Nella maggior parte de' casi però la cavità rimane aperta; le sue pareti, biancastre e più o meno indurate, sono ripiene di siero o di un liquido color latte di calce. In fine l'infiltramento cellulare descritto più sopra, il quale può considerarsi come un primo passo verso la guarigione, può subire diverse trasformazioni. Quindi, siccome lo à veduto il Signor Durand-Fardel, il tessuto il quale circonda il bordo dello infiltramento, quello che lo percorre, van soggetti ad un certo grado d'induramento; alcuni punti si fanno fibrosi, quasi cartilaginei; gli spazi compresi tra le maglie di questo tessuto cellulare, ingranditi da un principio di assorbimento, o da un vero induramento di quest'ultimo, sono pieni di un fluido biancastro o di siero, mentre che allo intorno la sostanza cerebrale è sana o un poco indurata o pure leggermente ammolita, ordinariamente però senza cambiamento di colorito. In fine questa porzione del cervello che presenta lo infiltramento cellulare può assorbirsi, ed allora ne risulta una cavità la quale, va soggetta a poco a poco a' diversi cambiamenti precedentemente indicati.

Sintomatologia. — Importa altamente ricordare in questo luogo la distinzione che abbiamo stabilito nello ammolimento in *acuto* e *cronico*.

Sintomi e corso dello ammolimento acuto. — Lo ammolimento acuto si manifesta nella metà de' casi e più senza essere preceduto da alcun prodromo; altre volte per lo contrario, gli ammalati provano qualche tempo prima una cefalalgia viva, vertigine, formicolii, crampi in un membro o in un lato intiero del corpo, ec. Nella metà e più de' casi, lo ammolimento dunque si manifesta senza prodromi; la malattia si sviluppa bruscamente e produce immediatamente la perdita della conoscenza e la paralisi, siccome succede nella emorragia cerebrale. In altri, lo sviluppo è solamente indicato da un indebolimento generale o parziale delle facoltà intellettuali, del moto, del senso, o da alcuni disturbi della sensibilità; questi fenomeni menano a gradi o per scosse alla perdita di queste facoltà.

Quindi nella forma apoplettica, la quale è più comune negli individui al di là di sessant'anni, gli ammalati cadano all'

improvviso privi di conoscenza; la loro fisionomia è deviata, e le membra di una metà del corpo, più o meno insensibili agli agenti esterni, restano immobili, ora flosce, altre volte contratte e picgate. Molti di quest' individui periscono qualche volta dopo pochi giorni senza aver riacquisita la conoscenza; la più parte rienpera insensibilmente i loro sensi; ve ne sono di quelli che riacquistano incompletamente l' uso delle parti paralizzate. Questa miglìoria però è passeggera soltanto, poichè tra breve le facoltà intellettuali s' intorpidiscono, la paralisi addivene più completa ed estesa; in fine la morte à luogo in uno stato comatoso o in conseguenza di uno degli accidenti che complicano spessissimo il corso dello ammolimento cerebrale, accidenti che studieremo più tardi.

Quando lo ammolimento siegue un corso graduato, progressivo, sopra un quarto degli ammalati à luogo una cefalalgia generale o parziale, quasi sempre frontale ed ordinariamente più viva, ma senza particolar carattere. Tosto la intelligenza diminuisce, la memoria si perde, la lingua addivene imbarazzata ed esprime con difficoltà le idee; la bocca si devia, sopravviene qualche volta lo strobismo; uno o molti membri, quasi sempre quelli di una metà del corpo sono presi da formicolio, da crampi, qualche volta da dolori o da un senso di freddo, poi da paralisi e da contrattura. Quest' ultimo sintomo, la cui frequenza è stata molto esagerata dal Signor Lallemand, manca in fatti nella metà e forse anche in due terzi de' casi, siccome lo provano le osservazioni riunite de' signori Rostan, Andral e Durand-Fardel. Alcuni ammalati presentano per lo contrario uno stato di eccitamento cerebrale; hanno un delirio violento e provano movimenti convulsivi irregolari, e qualche volta veri accessi di epilessia. Questi diversi disturbi del movimento possono ligarsi a paralisi, precederla, seguirla o mostrarsi senza di essa; qualche volta sono circoscritti al lato non paralizzato.

Il corso della malattia è variabilissimo; il più delle volte gli accidenti progrediscono continuamente, e la morte à luogo quasi sempre nel primo settenario al cominciamento del secondo, più di rado nel corso del terzo o del quarto, e quasi sempre senza antecedente movimento febbrile. In alcuni ammalati gli accidenti s'innestano, e la malattia passa allo stato cronico; in fine, ne' casi rari, i sintomi diminuiscono gradatamente e danno luogo ad una perfetta salute. Il più delle volte però gl'individui conservano una debolezza delle membra che sono state paralizzate, e le loro facoltà intellettuali riprendono, in oltre, molto di rado la loro energia e la loro primitiva validità.

Sintomi e corso dello ammolimento cronico. — Nello ammolimento cronico, si osserva lo stesso apparato sintomatico della forma acuta. Nel maggior numero de' casi, si veggono in-

dividui, pervenuti ad una età più o meno avanzata, lagnarsi di mal'essere, di peso alla testa, poi di cefalgia generale, e più spesso frontale, fissa, con vertigini e stordimenti qualche volta fortissimi da causare le cadute. Questo stato di sofferenza dura alcuni giorni, alcuni mesi ed anche uno o molti anni; poi gli ammalati accusano imbarazzo nella parola, peso, formicolio, pizzicore allo estremo delle membra, specialmente alle dita o in tutta una metà del corpo; più di rado sono dolori ottusi o contusivi nelle giunture o nella continuità delle membra; questi ultimi sintomi si manifestano comunemente ad un'epoca molto lontana soltanto. Tosto la contrattilità e la motilità diminuiscono nelle stesse parti; quindi gli ammalati trascinano le gambe mentre camminano, e le loro mani lasciano cadere gli oggetti più leggieri, o pure le dita sono inabili a prendere i più tenui corpi. La paralisi addiuviene viemaggiormente completa. Circoscritta quasi sempre ad una metà del corpo, può nulladimeno occupare ad un tempo le opposte membra, quantunque la lesione non occupi che un sol lobo. La paralisi coincide spesso colla contrattura. Quest'ultimo sintomo, in opposizione a ciò che osservasi nella forma acuta, è molto più comune della semplice risoluzione; però non è costante; in fatti manca quasi nel quarto de' casi. La contrattura comincia ora dalle dita o dal gomito, si estende dopo qualche tempo a tutto un lato del corpo; spesso intermittente prima di essere continua, è diversa da quella dello ammolimento acuto in quanto che non aspetta sempre a manifestarsi la profonda alterazione della motilità. I dolori nelle articolazioni e nella continuità delle membra, che spesso esistono durante i prodromi, coincidono ordinariamente colla contrattura; questi dolori che spesso sono vivissimi, aumentano quasi sempre co' movimenti; però la pressione li esacerba di rado; il più delle volte continui, offrono qualche volta tali esasperamenti che gli ammalati gridano. La sensibilità della pelle è generalmente ottusa nelle membra paralizzate e contratte; però torna cosa rara vedere la perdita del senso portata sino alla completa anestesia; è anche più rara cosa che la sensibilità sia alterata come nella meningite rachidiana; in fine non è comunissima cosa vedere le sensibilità normale conservarsi durante la intera malattia. Ad un grado più o meno avanzato della malattia, la faccia è deviata e qualche volta si contrae da una parte; essa esprime la stupidagine, lo stupore; le facoltà intellettuali sono gravemente attaccate sin dallo sviluppo: quindi la memoria s'indebolisce, si perde: le idee sono confuse; il giudizio non è più sicuro; la parola è difficile, sia per la mancanza delle parole, sia per la difficoltà di pronunziarle; ha pure un carattere di monotonia affatto particolare. Lo indebolimento della intelligenza può essere por-

tato sino allo idiotismo. Questi ammalati possono essere ridotti ad una vita tutta animale; non possono più trattener le materie fecali e le urine. La paralisi addiuviene completa; le membra cadono nell' atrofia, la contrattura è permanente e portata ad un grado tale che torna impossibile poterla vincere; dura ordinariamente sino alla fine; altre volte è sostituita dalla risoluzione verso gli ultimi giorni.

Tale è la forma più comune dello ammolimento cronico; i suoi progressi, come si vede, sono lenti, ma continui; d' ordinario anno un corso successivamente crescente, e torna impossibile poter colpire in alcun'epoca della malattia un periodo acuto.

Lo ammolimento cronico è forse tra tutte le malattie del cervello che anno un istesso corso quella che più disturba le funzioni dell' organo. In fatti, spesso vediamo moltissimi prodotti morbosì non determinare durante la vita alcun sintomo proprio a manifestare la esistenza; lo ammolimento poi del cervello non esiste mai nello stato latente. Però esistono nella scienza alcuni casi autentici i quali provano che un ammolimento molto esteso, à potuto esistere senza mai presentare durante la vita alcun manifesto disturbo; altre volte, essendosi manifestati alcuni accidenti all' epoca della sua formazione, sono scomparsi a poco a poco in modo che al momento della morte erano perfettamente scomparsi, benché l' alterazione del cervello continuasse ancora allo stesso grado. I sintomi propri dello ammolimento non si presentano però sempre seguendo l' ordine precedentemente indicato, e nel medesimo numero; imperocchè, siccome il Signor Andral l' osserva, in certi casi eccezionali, la malattia è solamente caratterizzata da una lesione del moto e del senso, più di rado ancora dalla perdita della sola parola: però nella metà de' casi si osservano nello stesso tempo gli svariati disordini del moto, del senso, della intelligenza e della parola, disturbi che comunemente si succedono secondo l' ordine che abbiamo precedentemente dato.

Durata, esiti. — Lo ammolimento cronico à una durata indeterminata, che varia da alcuni giorni sino a molti anni; purtuttavia non possediamo ancora alcun dato positivo. La morte, ch' è l' esito quasi costante della malattia, à luogo quasi sempre in seguito di qualche complicità provocata dalla malattia cerebrale: quindi la maggior parte degl' individui periscono per una pneumonia; altri, in seguito della formazione di vaste escare al sacro. Moltissimi muoiono per effetto del cervello; allora cadono nel coma; altri sono presi da convulsioni, e periscono, e nell' autopsia altro non si rinviene che l' antica alterazione, senza alcun cambiamento di recente data che potesse spiegare il perchè la malattia è terminata piuttosto in un tempo che in un altro. In fine in alcuni, la morte à luogo ra-

pidamente per lo sviluppo di una meningite, di una emorragia cerebrale o meningea, o di un versamento abbondante di siero ne' ventricoli o nel tessuto cellulare sotto aracnoideo.

Curabilità dello ammolimento. — È oggi dimostrato, specialmente dietro le osservazioni inserite dal Signor Cruveilhier nella sua *Anatomie pathologique*, da' signori Dechambre e Sims nella *Gazette médicale* del 1838, come pure dal Signor Durand-Fardel nella sua opera, che lo ammolimento è una malattia curabile. Quindi vi sono ammalati, i quali dopo aver presentato tutti i segni dello ammolimento che abbiamo precedentemente indicati, si ristabiliscono completamente, riacquistano la integrità de' movimenti, della sensibilità e della intelligenza; però quasi tutti conservano un certo grado di paralisi delle membra, e le facoltà intellettuali non riacquistano mai la loro chiarezza solita. In questo caso, la parte ammalata è subito le diverse trasformazioni secondo il grado dell'alterazione. Quindi, allorché il tessuto cerebrale è stato semplicemente ammolito, ma non disorganizzato, può quasi ritornare al suo stato fisiologico senza conservare alcuna traccia delle modifiche già subite. Quando poi il tessuto è stato profondamente alterato, quando ha avuto luogo ammolimento polposo, la guarigione non può succedere se nonchè mediante un lavoro analogo alla cicatrizzazione, e che lascia incancellabili tracce. In questo caso le funzioni dell'organo rimangono più o meno turbate pel resto della vita di questi esseri.

Diagnosi. — Lo ammolimento, nella sua forma acuta come anche nella sua forma cronica, può essere confusa con molte altre malattie, specialmente colla cerebrita, la meningite, la congestione, le emorragie cerebrali e meningee, le degenerazioni ed i prodotti accidentali del cervello. La distinzione dello ammolimento colla encefalite è spesso difficilissima. Verrà stabilita specialmente sulle seguenti considerazioni. Nel primo periodo, oltre all'apparato febbrile, che manca ne' casi di ammolimento, si osserva uno stato di eccitamento delle funzioni del sensorio: vi sono crampi, convulsioni, contratture, una cefalalgia viva più intensa, spesso delirio, ed una esaltata sensibilità de' tegumenti, fenomeni che durano più o meno nel secondo periodo, e predominano sulla paralisi. In fine la età avanzata degl'individui e lo sviluppo della malattia senza il concorso di alcuna causa eccitante sono circostanze che faranno sospettare piuttosto un ammolimento anzichè una vera infiammazione. La meningite, per lo apparato febbrile, pel delirio, la violenza della cefalalgia e lo stato di eccitamento, si distingue facilmente dallo ammolimento acuto; però si presentano alcuni casi rari di ammolimento ne' quali il delirio è il solo fenomeno predominante; quindi torna affatto impossibile poter distin-

guere questa forma della malattia da una meningite. Allora si possono dare sulla natura della malattia semplici congetture. Trattandosi per esempio di vecchi, siccome a questa età la meningite è una delle malattie più rare, mentre per lo contrario lo ammolimento è comunissimo, da queste considerazioni bisognerebbe sospettare piuttosto la seconda di queste malattie anzichè la prima. Le convulsioni, le contratture e la paralisi, i dolori nelle membra, non sono assolutamente segni distintivi, poichè si osservano pure nelle due malattie. Non pertanto questi fenomeni hanno un gran valore quando sono limitati ad un membro o ad una metà del corpo; in questi casi sono quasi sempre sintomatici di un ammolimento; perchè nella meningite, i disturbi di cui trattasi sono quasi sempre generali. I fatti contrari alla regola che abbiamo stabilita sono talmente eccezionali che debbono, per così dire, essere esclusi nella diagnosi differenziale.

La congestione può, al suo sviluppo, rassomigliare affatto allo ammolimento: però si conoscerà esistere quest'ultimo dal prolungamento degli accidenti, e specialmente dalla persistenza della loro gravità. Aggiungiamo inoltre che nello ammolimento, i sintomi non occupano quasi sempre che una metà del corpo, mentre che il contrario à luogo comunemente per la congestione. Abbiamo veduto precedentemente esservi una forma di ammolimento il quale, per la sua invasione brusca, e fulminante, come pel suo corso, rassomiglia talmente alla emorragia cerebrale, che spesso torna impossibile poter stabilire durante la vita la diagnosi differenziale. I prodromi che abbiamo detto esistere costantemente nello ammolimento, e che mancherebbero nella emorragia, non possono applicarsi allo ammolimento apoplettico, ma unicamente a quello di corso cronico; poichè, per il primo, bisognerebbe forse, siccome l'osserva il Signor Durand-Fardel, invertire la proposizione e stabilire che i prodromi esistono più spesso prima della emorragia anzichè prima dello ammolimento apoplettico. La diagnosi non può dunque essere stabilita sopra alcun dato certo, ma unicamente sulle presunzioni. Quindi sembra certo che una emiplegia completa, avendo luogo bruscamente, con persistenza della intelligenza, deve riferirsi piuttosto ad un ammolimento che ad una emorragia o ad una congestione. Le varietà che la paralisi presenta da un momento all'altro, come la sua diminuzione dalla mattina alla sera (circostanza rarissima però); in fine la presenza de' dolori spontanei nelle membra paralizzate e l'abolita sensibilità appartengono quasi esclusivamente allo ammolimento. Non accade però lo stesso della contrattura, che a torto si è considerata come un carattere distintivo dello ammolimento ed affatto mancante nella semplice emorragia; perchè numerosi fatti hanno provato che se

questo sintomo manca nella emorragia degli emisferi, à luogo comunemente quando il sangue si spande primitivamente o consecutivamente ne' ventricoli o nella cavità aracnoidea. L'apoplessia meningea offre inoltre, in un quinto de' casi, tale somiglianza collo ammolimento tanto per i suoi sintomi che pel suo corso, che torna impossibile arrivare alla diagnosi differenziale. Quindi, quando questa specie di apoplessia determina una cefalalgia ot-tusa, il torpore, poi la paralisi, la contrattura in un membro, o in una metà del corpo, la perdita delle facoltà intellettuali, e quando questi sintomi sopravvengono, allora ci sembra impossibile poter dare alcuna opinione fondata sulla natura della malattia.

I tumori e le degenerazioni dello encefalo sono, tra tutte le malattie di quest'organo, quelle le quali, per la natura dei loro sintomi e per il loro corso, si ravvicinano forse più allo ammolimento cronico: però torna impossibile poter stabilire la diagnosi differenziale. Quindi, siccome lo è ben stabilito il Signor Durand-Fardel, la esistenza prolungata di una cefalalgia violenta circoscritta ad un lato della testa, accompagnata o pur no da vomiti, da cecità o da disturbi della vista senza paralisi, se non indica sempre con certezza la presenza di un tumore del cervello, almeno non lascerebbe il sospetto di quello di un ammolimento. Se si uniscono accessi convulsivi epilettiformi accompagnati o pur no da paralisi nello intervallo, le probabilità saranno anche maggiori in favore di un tumore encefalico. La parola è spesso meno lesa nelle malattie di questo genere anzichè nello ammolimento; lo stesso dicasi della intelligenza; la paralisi stessa è un sintomo meno costante, o che manifestasi ad un'epoca più lontana; essa si sviluppa e si aumenta dopo gli accessi epilettici.

In fine abbiain veduto molte volte lo ammolimento delle parti bianche centrali (del corpo calloso e della volta a tre pilastri), far credere ad una incipiente febbre tifoidea, quando determina la cefalalgia, lo stupore, le vertigini, la veglia, ed accompagnandosi ad epistassi, o febbre, e qualche volta a diarrea. Però, nello ammolimento cerebrale, oltre che la febbre è mediocre o negativa, non si osserva il rantolo sibilante, nè i sintomi addominali, eccettuata la diarrea; in contrario predominano i disturbi cerebrali. Molti di questi però non si osservano nell'affezion tifoidea; tali sarebbero: lo strabismo, la diplopia, lo imbarazzo nel parlare e la dimenticanza delle parole; in oltre, il delirio ed il coma si manifestano ad un'epoca vicinissima allo sviluppo, il che non à quasi mai luogo nella febbre tifoidea. In fine, si osserva tosto un poco di paralisi in un membro o in una metà del corpo, poscia una risoluzione generale, il che dissipa qualunque incertezza.

La diagnosi dello ammolimento una volta stabilita, si può dietro la paralisi, determinare quale sia tra i due emisferi quello affetto, però non possi stabilire altra sede più esatta. Oltre a che rimandiamo il lettore a ciò che abbiamo detto nel tomo primo, all' articolo *Emorragia cerebrale*, sulla impossibilità in cui ci troviamo attualmente per poter giudicare, da' sintomi, della sede speciale dell' alterazione in tale o tale parte del cervello.

Pronostico. — Lo ammolimento cerebrale è una delle più gravi malattie; perchè raramente curabile, lascia quasi sempre gravi infermità. La forma cronica è più pericolosa della forma acuta: la età avanzata degl' individui è pure una circostanza che aumenta la gravità del pronostico.

Etiologia. — Le cause dello ammolimento sono estesissime, e la maggior parte di quelle citate non sono affatto dimostrate. Ci sembra indubitato che lo ammolimento sia una malattia, se non speciale della vecchiezza, almeno molto più comune al di là del sessantesimo anno di quello lo è prima di quest' epoca; essa è specialmente rarissima nella infanzia. Non è però certo che sia più comune nella donna che nell' uomo. I due estremi dell' a temperatura favoriscono lo sviluppo della malattia; quindi sembra più comune l' està e l' inverno anzichè nelle altre stagioni. Tra le cause organiche citate siccome capaci di produrre lo ammolimento, non avvi che la presenza de' tumori del cranio, o la esistenza di antichi focolari o antiche cicatrici cerebrali, la cui influenza sia ben dimostrata. Allora lo ammolimento si forma d' ordinario intorno a questi prodotti. Però non sarebbe esatta cosa dire con alcuni, che lo ammolimento assale in preferenza gl' individui decrepiti e cacochimici, perchè i fatti osservati dal Signor Durand-Fardel provano che lo ammolimento non è piuttosto legato ad una debole e deteriorata costituzione anzichè a tutt' altro. Secondo le osservazioni dello stesso autore non pare che le malattie organiche del cuore predisponessero allo ammolimento cerebrale, i fatti contrari citati da Rob. Law sono insufficienti. Esistono però nella scienza alcune osservazioni le quali autorizzano a pensare che lo ammolimento possa essere prodotto dalla ossificazione delle arterie cerebrali, alterazione che à per effetto di restringere ed anche chiudere qualche volta questi vasi. In quanto alle cause efficienti indicate dal Signor Rostan, come la impressione di un sole ardente, i colpi portati sulla testa, le emozioni morali, l' abuso de' liquori spiritosi, prestiamo fede all' azione di queste cause in alcuni casi, ma non bisogna troppo generalizzarle.

Cura. — Le indicazioni saranno meno apprestate dalla natura della malattia, sulla quale cade molta discrepanza, che da' sintomi concomitanti. Quindi tutte le volte che lo ammolimento sviluppa con i segni di congestione cerebrale, o quando

lo individuo e di una costituzione forte e pletorica, bisogna anzi tutto diminuire col salasso il sistema sanguigno. Ciò non pertanto non bisogna in questo caso insistere su i salassi quanto nelle emorragie. Tornerà utile in certi ammalati stabilire una controirritazione verso l'ano, applicando di tempo in tempo verso questa parte alcune sanguisughe; si manterrà del pari il ventre lubrico con clisteri purgativi, o anche con alcuni lassativi amministrati per la bocca. Queste prime indicazioni soddisfatte, si cercherà di favorire la risoluzione o la cicatrizzazione del focolare stabilendo in un luogo vicino al cranio, come alla nuca, un punto di suppurazione, come un cauterio, o anche meglio un setone che si manterrà per lungo tempo. Se invece di presentare i fenomeni di reazione, lo individuo è debole ed offre solamente segni di atonia, si cercherà a rianimare le forze coll'uso delle preparazioni toniche e stimolanti. I mezzi usati comunemente per eccitare la contrattilità de' muscoli paralizzati, come le frizioni stimolanti, i vescicanti e la stricnina, sono privi di efficacia nelle paralisi sintomatiche dello ammolimento.

Natura. — Molto si è discusso sulla natura dello ammolimento, senza per anco capirsi. Quindi gli uni ne fanno una malattia di natura infiammatoria, altri la considerano come una specie di mortificazione che si avvicina alla gangrena senile; per molti è un perversimento o piuttosto una diminuzione della nutrizione dell'organo che à luogo sotto la influenza di cause atenuiche, finalmente avviene di quelli i quali, temendo di essere esclusivi, hanno adottato queste diverse opinioni, e considerano così lo ammolimento siccome capace di avere una differentissima natura. La idea della infiammazione è stata sostenuta in modo spiritoso dal Signor Lallemand, ed ultimamente dal Signor Durand-Fardel; ma questi autori, secondo noi hanno avuto torto di confondere troppo spesso la congestione e la infiammazione. Oltre a che numerosi fatti hanno dimostrato che lo iniettamento sanguigno non precede necessariamente gli ammolimenti, il quale in quei casi in cui esiste, non può dirsi, se abbia preceduto l'alterazione del cervello, o se per lo contrario le sia stato consecutivo soltanto. Aggiungiamo che lo ammolimento tal quale lo abbiamo descritto, differisce dalla infiammazione vera, in quanto che, qualunque sia la sua durata, non à mai luogo la suppurazione, quantunque il cervello sia uno degli organi ne' quali il pus si forma più facilmente. Ma se lo ammolimento non è una infiammazione, dovremo noi, allo esempio di molti autori, farne una mortificazione simile alla gangrena senile, dipendente come essa da una chiusura de' vasi encefalici? La scienza possiede, è vero, alcune osservazioni che sembrano giustificare questo ravvicinamento; quindi si sono veduti certi ammolimenti bianchi o rossastri ligarsi alla chiusu-

ra di uno o molti vasi cerebrali. Questa coincidenza però è troppo rara perchè si potesse fondare su di essa qualche dottrina sulla natura della malattia; ed oltre a che, fosse anche più comune, non autorizzerebbe affatto, io penso, a poter stabilire una identità di natura tra la gangrena senile e lo ammolimento; poichè, sebene in questo vi abbia raramente distruzione della polpa cerebrale, quando tocca un alto grado, ciò non pertanto non possiamo dire che sia un' alterazione identica alla gangrena, poichè non è di quest' ultima nè lo aspetto nè l' odore. Crediamo che bisogna fare dello ammolimento cerebrale una lesione speciale, un modo di particolar distruzione, comune a molti altri organi, ed il cui meccanismo, la causa immediata o prossima è sconosciuta completamente nel maggior numero de' casi, mentre che in alcuni sembra ligarsi al depauperamento della economia, o ad una diminuzione nell' attività della encefalica circolazione

DELLO AMMOLLIMENTO DELLA MIDOLLA SPINALE

La midolla spinale può essere colpita da ammolimento identico a quello del cervello; siccome per quest' ultimo bisogna distinguere due specie, cioè *acuto e cronico*.

Anatomia patologica. — Lo ammolimento rachidiano può offrire tutte le varietà di consistenza e di colorito che abbiamo vedute pel cervello. Tuttavolta, siccome lo à notato il Signor Calmeil nel *Dictionnaire de médecine*, i due terzi circa di ammolimenti della midolla sono intieramente bianchi, cioè senza alcuna traccia di arrossimento o di colorito giallo che potesse indicare la preesistenza di alcun lavoro ipercmico. Generalmente circoscritto ad alcuni centimetri di estensione, lo ammolimento può invadere quasi la totalità del cordone rachidiano. Avendo sede due volte più frequentemente nella region dorsale che nelle regioni lombare e cervicale, che sono presso a poco egualmente invase, può colpire isolatamente la sostanza bianca o grigia, esserc circoscritto a' due fasci anteriori o posteriori, e invadere solamente uno di essi; quasi sempre però la parte della midolla ammolita, lo è in tutta la spessore, quantunque à gradi differenti. Siccome lo abbiamo notato nel cervello, la parte ammolita sembra gonfia; le membrane però che l' avvolgono sono più raramente affette dalla infiammazione ne' punti corrispondenti. Questa esiste solamente nel dodicesimo de' casi (Chalmeil).

Sintomi, corso. — Nella forma più acuta, lo ammolimento della midolla, come anche quello del cervello, può determinare istantaneamente i sintomi di paralisia; quindi si soa

veduti individui addivenire di botto paraplegiaci, e presentare anche nello stesso tempo una paralisi delle quattro membra, del retto e della vescica, in seguito di un ammolimento che si è manifestato bruscamente nella regione lombare o cervicale. In questi casi rari però nell'uomo, e che sono stati osservati più spesso ne' cavalli, si vede la paralisi risalire rapidamente ed invadere tosto i muscoli della respirazione; quindi la maggior parte degli ammalati periscono in tre, quattro o cinque giorni, ed alcuni anche dopo otto o dieci ore. Però lo ammolimento è ordinariamente una invasione meno pronta e specialmente un corso meno rapido: quindi, dopo aver sofferto torpore e formicolii, un senso di freddo in uno o molti membri, quasi sempre ne' due membri delle pelvi, queste parti addiventano deboli; la sensibilità è ottusa, la paralisi del senso e del moto si fa completa, ora bruscamente, più spesso gradatamente. È cosa più rara vedere queste parti agitate da scosse convulsive, da rigidità, da contrattura, accidenti d'altronde che sembrano ligarsi piuttosto ad una complicità di aracnite spinale anzichè allo stesso ammolimento. Nello stesso tempo le evacuazioni alvine hanno luogo involontariamente, avvi incontinenza o ritenzione di urina. In fine dopo alcuni giorni o alcune settimane o più tardi a luogo la morte. In alcuni casi più rari l'alterazione limitandosi ed occupando un punto più elevato soltanto della regione dorsale e lombare, la malattia si prolunga indefinitivamente e passa allo stato cronico.

Lo ammolimento della midolla è, nella maggior parte de' casi, un corso cronico; quindi i prodromi durano per lo più lungo tempo, come molte settimane, molti mesi; gli ammalati si lagnano di formicolii, di crampi, di freddo nella membra; queste sensazioni si dissipano spesso con un moderato esercizio. Altri si stancano più facilmente; alcuni sono presi di tempo in tempo da un'ostinata costipazione, o pure, emettono involontariamente le fecce e le urine quasi nel momento istesso in cui il bisogno di escrearle si fa sentire. In alcuni uomini, lo sviluppo dello ammolimento è indicato da un'inerzia degli organi genitali, il che può costituire, per molti mesi ed anche per anni intieri, il solo sintomo apparente della malattia. In altri, è la evacuazione de' gas intestinali, i quali scappano via contro la volontà e gli sforzi che gli ammalati fanno per trattenersi, e che fissa l'attenzione; qualche volta i flati sono emessi senza che gli ammalati ne abbiano conoscenza. In fine vi sono individui presso i quali i primi sintomi consistono in dolori più o meno vivi negl'inguini, nelle pareti addominali, del petto, e nelle membra delle pelvi. Però dopo un tempo più o meno lungo, il moto diminuisce negli estremi inferiori che sono agitati da tremore, per cui gli ammalati camminano con

difficoltà: tosto sono obbligati di sostenersi su qualche punto di appoggio; le loro gambe o presto o tardi non possono più sopportare il peso del corpo, esse sono incapaci di qualunque specie di movimento perchè tosto sono in risoluzione, ed ora in uno stato permanente di rigidità e di contrattura; gli ammalati sono allora condannati ad un riposo assoluto. La sensibilità, benché ottusa, è non pertanto raramente estinta in questi casi, eccetto all'ultima epoca; essa è meno frequente che nella mielite. Gli ammalati provano in oltre frequentemente dolori nelle membra paralizzate, senza determinata direzione, o pure secondo il tragitto del cordone nervoso. In altri, sono dolori trasversali, o a forma di cinta. Le paralisi della vescica e del retto sono egualmente sintomi molto meno costanti nello ammolimento cronico che nello ammolimento acuto e nella mielite, malattie nelle quali mancano raramente.

Quando lo ammolimento non giunge a molta altezza, la respirazione è libera, i movimenti del cuore sono regolari; le digestioni sono facili, e la nutrizione può pure aver luogo regolarmente; eccettuato però dalla parte delle membra paralizzate, le quali sia per la immobilità alla quale sono condannate, sia anche a causa della diminuzione della influenza nervosa, si atrofizzano, perdono il loro calore, e spesso s'infiltrano.

I precedenti sintomi offrono, secondo i casi, alcune differenze: quindi la estensione ed il corso della paralisi variano secondo l'altezza alla quale lo ammolimento è situato, a secondo che occupa la midolla in una parte o nella totalità della sua spessore. Rimandiamo però il lettore a ciò che abbiamo detto a questo oggetto nel t.^o 1.^o trattando della mielite acuta.

Siccome ciò à luogo nella mielite e nelle altre malattie della midolla; nello ammolimento, si vede la paralisi camminare dall'alto in basso, cioè che incomincia a colpire un braccio, poi l'altro, e non si estende che consecutivamente alle membra delle pelvi. Si dice pure aver veduto queste ultime esercitare i movimenti volontari quando le braccia erano già affatto perdute. Bisogna allora conchiudere che lo ammolimento non era completo per interrompere assolutamente la comunicazione delle porzioni dorsale e lombare col cervello. Oltre a che, i casi in cui la motilità e la sensibilità an continuato nelle parti situate al di sotto di un ammolimento sono eccessivamente rare; la loro anomalia spiegasi supponendo che le radici de' nervi che si portano alle membra delle pelvi seguendo una direzione obliqua, si distaccano dalla midolla al di sopra del punto ammolito, o pure lo ammolimento non à invaso tutta la spessore del cordone spinale che al momento dell'agonia ed anche dopo la morte, o durante le manovre dell'autopsia. In fine è certo che spesse volte sono stati considerati come movimenti

spontanei i semplici movimenti spasmodici, come osservasi spesso in quelli colpiti da malattie della midolla.

Durata, esiti. — Lo ammolimento cronico della midolla dura indeterminatamente, cioè varia da alcuni mesi sino a moltissimi anni, come per esempio quindici o venti anni. La morte è l'esito quasi costante della malattia. Crediamo che la guarigione sia possibile rarissimamente: allora gli ammalati riacquistano la integrità de' movimenti e della sensibilità delle parti paralizzate: il più delle volte quest'individui rimangono infermi; le loro membra sono tremolanti ed appena possono sostenere il peso del corpo; spesso si atrofizzano; rimangono privi del moto pel resto della loro esistenza, e quando questi tali periscono dopo un tempo più o meno lungo, si trova una porzione della midolla aggrinzita, indurata, atrofiata o convertita in una trama cellulare infiltrata di siero o di un liquido torbido, o pure ripiena di cavità. Credo che ad un ammolimento ed allo assorbimento consecutivo della polpa nervosa fa d'uopo riportare questo canale di 24 a 27 centimetri che Maisonneuve trovò scavato nella spessezza della midolla, alla sua parte media ed a spese della sostanza grigia, in una donna di trent'anni dopo quattro anni di paralisi del moto e del senso delle membra superiori e del solo movimento delle membra inferiori.

Diagnosi. — Sebbene torni difficile poter distinguere i caratteri differenziali dello ammolimento semplice da quello che dipende da una infiammazione del tessuto della midolla, possi stabilire non per tanto che nella mielite, oltre ad un apparato febbrile mediocre quasi costante, si osserva più spesso che nello ammolimento semplice un dolore locale al livello della sede dell'alterazione, dolori e movimenti spasmodici nelle membra.

L'altezza alla quale l'alterazione risale sarà calcolata dietro la estensione della paralisi: quindi una paraplegia con paralisi o senza della vescica e del retto indica che lo ammolimento occupa le porzioni dorsale o lombare. Se la paralisi si estende alle due braccia, è questa una prova che la protuberanza cervicale istessa è colpita: se la midolla è affetta soltanto in una delle sue metà, avvi allora una emiplegia che sarà difficilmente distinta da quella che dipende da un'alterazione cerebrale. Tutta volta la emiplegia è un accidente estremamente raro nelle malattie della midolla, e quando è luogo, è per così dire momentanea; in fatti, la paraplegia si estende tosto a poco a poco alle membra del lato opposto.

Pronostico. — Il pronostico è molto pericoloso; è altrettanto più grave in quanto che lo ammolimento invade un punto più elevato della midolla, e che l'alterazione siegue un corso più rapido.

Etiologia. — Le cause dello ammollemento della midolla sono forse più oscure di quelle dello ammollemento cerebrale; si può anche sostenere che non possediamo alcun dato positivo a questo soggetto. Sembra che questa malattia sia più comune nell'uomo che nella donna, e più frequente nel periodo medio della vita.

Cura. — La terapeutica poco impera sul corso dello ammollemento; oltre a che le indicazioni a compiersi sono poco precise. Se lo individuo è giovane forte, o almeno se non esistono segni di debolezza, di adinamia, bisognerà applicare alcune ventose lungo la colonna per combattere la congestione che qualche volta esiste; bisogna specialmente applicare prontamente nelle vicinanze della parte affetta alcuni profondi cauteri al numero di tre o quattro o la moxa. Ad un'epoca più lontana, si potranno dirigere sulla colonna le docciature saline o solforose a 30 o 33°; si riveglierà la vitalità delle parti paralizzate mediante le frizioni eccitanti, aromatiche; si manterrà il calorico mediante la biancheria, i piomaccioli o i sacchetti caldi; si vuoterà la vescica se avvii ritenzion di urina; si varieranno le posizioni degli ammalati, che saranno coricati sopra un letto elastico e molto proprio, affine di prevenire lo sviluppo delle escare.

DELLO AMMOLLIMENTO DEL CUORE

Lo ammollemento del cuore indicato dal Morgagni, ma confuso, anche dagli autori dell'ultimo secolo, colla gangrena, è stato convenevolmente descritto soltanto da Laënnec. In questo stato, il cuore, anche che fosse ipertrofiato, si fa molle, floscio: le sue pareti sono appassite; si gira e si torce come un panno bagnato: il dito lo penetra più o meno facilmente, e questa diminuzione di consistenza può giungere sino ad una specie di semiliquificazione. Questo ammollemento può essere parziale o invadere la totalità del cuore. Nello stesso tempo che il cuore è modificato nella sua consistenza, à pur provato certi cambiamenti sul suo colorito, e per questi e per alcune altre modifiche sono state distinte diverse specie di ammollementi cioè: gli ammollementi rosso, giallo, bianco, gelatiniforme.

Nello ammollemento rosso, le fibre carnose sono violacee, ed il tessuto cellulare che le separa è ordinariamente infiltrato da un liquido rossastro, color feccia di vino, e che altra cosa non è che sangue alterato; più di rado si vede nella parte ammolлита una moltitudine di piccoli punti nerastri formati dal sangue stravasato e che costituisce altrettanti piccoli focolari apoplettici (è desso lo ammollemento apoplettiforme del Signor

Cruveilhier). Le parti ammolite, anzichè essere rosse, presentano spesso un colorito grigiastro o anche alquanto pallido; è questo lo ammolimento *bianco o grigiastro*, che spesso coincide colla pericardite: ciò non pertanto non potrebbe rannodare, come non può aver luogo del precedente, ad una infiammazione, e senza alcun fondamento il Signor Bouillaud considera lo ammolimento bianco o grigio come il secondo grado dello ammolimento rosso, e che si avvicina alla epatizzazione grigia della pneumonia. Nello ammolimento giallastro che Corvisart à descritto il primo, il cuore offre il colorito giallastro del grasso alquanto pallido, o piuttosto, come dice Laënnec, presenta il colorito delle foglie morte. Questa forma non esiste che negl'individui deboli, anemici, e che periscono con qualche diatesi. In fine Akenside, sotto il nome di *ammollimento gelatiniforme*, ed il Signor Bland, sotto quello di *ammollimento senile*, àno descritto un' alterazione del cuore nella quale il tessuto muscolare ammolito, scolorato, è infiltrato da un siero gelatiniforme.

Lo ammolimento del cuore è una malattia quasi sempre consecutiva, che spesso coincide colla infiammazione degl' involucri del cuore o colle lesioni organiche dell' organo; si osserva più spesso ancora in quelli che periscono dietro una malattia che imprime a' liquidi della economia una profonda modifica: tali sono le febbri tifoidee, gli assorbimenti purulenti, le malattie cangrenose, certi avvelenamenti, la diatesi cancerigena, cc. Questi ammolimenti si sviluppono indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio: si può vedere infatti, quanto siano diversi da quelli determinati dalla cardite.

Sintomi. — Tutta la sintomatologia dello ammolimento del cuore rimane ancora ignorata. La debolezza del polso, i battiti ed i rumori del cuore, le sincopi, il colorito violaceo della faccia, sono sintomi insufficienti. Il Signor Piorry indica pure una mancanza di resistenza al dito quando si percuote. Cheo- chè ne sia, vedremo in seguito che lo ammolimento del cuore è spesso una delle cause della rottura dell' organo.

Non potendo conoscere la malattia durante la vita torna inutile indicare quali debbono essere il pronostico ed il metodo curativo.

DEGLI AMMOLLIMENTI DELLO STOMACO

Tra tutte le alterazioni che possono presentare le pareti dello stomaco, la più frequente è senza dubbio lo ammolimento di una o di molte tuniche che lo compongano. Tra queste diverse membrane, la mucosa è quella che si ammolisce il più delle volte: l' alterazione può guadagnare ancora le tuniche sol-

ostanti e sin anche la membrana peritoneale; basta allora esercitare una leggiera stiratura perchè una lacerazione più o meno larga abbia luogo. Però le lesioni, comunque profonde ed estese esse siano, non sono sempre le tracce di una reale malattia; in fatti qualche volta possono essere cadaveriche, non perchè siano veramente il risultato della putrefazione; ma si producono sotto la influenza di una causa speciale dello stomaco, l'azione dissolvente che il succo gastrico esercita sulle pareti di questo viscere. Convien conoscere esattamente questo genere di ammollemento; quindi ne parleremo prima di quello ch'è patologico.

*DELLO AMMOLLIMENTO CADAVERICO DELLE PARETI
DELLO STOMACO*

In una comunicazione fatta da G. Hunter alla Società reale di Londra nel 1772, questo illustre autore dimostrò che la porzione splenica dello stomaco era spesso ammolita, sciolta; che quest'alterazione era identica a quella che presentano i pezzi di carne a metà digeriti in uno stomaco vivo; finalmente stabilisce che ne' due casi l'azione dissolvente era prodotta dal succo gastrico, che poteva ammolire, sciogliere, liquefare le pareti dello stomaco, quando la morte avea tolto a quest'organo la facoltà che possiede durante la vita all'azione del fluido che segrega per operare la chimificazione.

Le idee di Hunter furono confermate tosto da molti autori, tra gli altri da Spallanzani e specialmente da Allan Burns. Però al cominciar di questo secolo, Jaeger contestò che il succo gastrico potesse produrre, quando non è alterato, le lesioni che Hunter avea osservate. L'autore alemanno ammette in fatti la necessità della estrema acidità del succo gastrico operandosi sotto la influenza di una particolar modifica del sistema nervoso, perchè potesse succedere la soluzione delle parti che erano in contatto con esso. Jaeger credeva pure che l'alterazione dello stomaco poteva aver luogo durante la vita come dopo la morte. L'azione dissolvente del succo gastrico sulle pareti dello stomaco è stata pur dimostrata in Inghilterra da Wilson Philip e da Gairdner d'Edimburgo, ed in Alemagna da Camerer. Quest'ultimo à dimostrato, nella sua tese inaugurale sostenuta nel 1818 a Stuttgarda, sotto la presidenza di Autenrieth, che esaminando comparativamente lo stomaco de' conigli e dei gatti, gli uni uccisi gli altri morti per malattia, si trovava lo stomaco ammolito, perforato ne' primi ed intatto ne' secondi. Provò ancora che i succhi gastrici raccolti ne' fanciulli colpiti

da ammolimento ed introdotti in uno stomaco sano scioglievano questo, mentre che non esercitavano alcuna azione su di esso quando l'animale era ancora vivo, a meno che non fossero stati prima troncati i nervi pneumo-gastrici e trisplanchnici, perchè in questo caso lo stomaco si ammolisce come quello di un cadavere. Il lavoro però più completo che possediamo sullo ammolimento chimico dello stomaco è quello che il dottor Carswell à pubblicato nel 1830 nel *Journal hebdomadaire de médecine*. Questo dotto medico conchiuse, dalle numerose esperienze, che lo ammolimento, la corrosione, ed il perforamento dello stomaco potevano indubitabilmente succedere dopo la morte negli individui ben costituiti, i quali muoiono dietro un accidente durante il travaglio della digestione, o pure in quelli che sono morti in seguito di diverse malattie. Pur tuttavia l'alterazione è più frequente ed estesa ne' primi anzichè ne' secondi: allora succede spesso che quando la morte à luogo nel tempo del lavoro della digestione, o quando lo stomaco contiene un corpo estraneo, o quando certe sostanze medicamentose essendo state introdotte poco tempo prima della morte, ànno attivato la segregazione del succo gastrico, il quale agisce allora sulle pareti istesse dello stomaco. Il Signor Carswell à pure dimostrato che queste lesioni sono il prodotto dell'azione del succo gastrico, il quale scioglie lo stomaco e gli altri organi con i quali si mette in contatto, siccome si sciolgono gli alimenti, senza il concorso di alcun'alterazione, come Jaeger lo à supposto. Le proposizioni del Signor Carswell sono esatte ed emergono da positive esperienze: ciò non pertanto questo distinto medico ci sembra aver esagerata la verità quando à rannodato agli effetti cadaverici gli ammolimenti che il signor Louis e Cruveilhier ànno descritto come stati patologici. Però conoscendo la influenza che esercita il succo gastrico sulla soluzione delle pareti dello stomaco, bisogna ammettere che quest'azione non è costante, e richiede il concorso di molte circostanze che non sono state ancora determinate. Ciò spiegasi perchè si è spesso trovato lo stomaco intatto in quelli che perivano durante il lavoro della digestione, cioè nelle condizioni le più favorevoli al prodotto dello ammolimento di cui è parola. Il Signor Louis à riportato due fatti di questo genere, ed io stesso à avuto l'occasione di osservarne un altro.

Gli ammolimenti chimici possono esistere su tutti i punti dello stomaco; si osservano però più spesso nel cul di sacco ed alla sua faccia posteriore, dove, in ragione della obliquità delle parti e della posizione de' cadaveri, i liquidi si accumulano in maggior quantità. Lo stomaco esala allora un forte odore acido; il sangue contenuto ne' vasi è nerastro; la mucosa, scolorata, molle, si distacca sotto forma di polpa; spesso lo ammolimento invade

tutta la spessezza delle pareti, che possono essere anche completamente distrutte in una grande estensione. Le materie contenute nello stomaco si spandono allora sul ventre. Messe in contatto con diversi organi, le ammolliano a suo tempo: quindi sono stati veduti mille volte il diaframma e la milza molto alterati; più spesso il diaframma era ammolito e distrutto, in modochè i fluidi penetrando nel petto aveano agito sulla pleura e lo stesso polmone. Le labbra di tutte queste soluzioni di continuità sono molli, assottigliate, tagliuzzate, ineguali; in nessuna parte si osserva la traccia di un lavoro infiammatorio, prova certa che questi gravi disordini non hanno avuto luogo durante la vita. Ma se in simil caso torna facile determinare lo istante in cui le lesioni si sono prodotte, non così però avviene quando lo ammolimento, colpendo soltanto la mucosa, à sede altrove meno che nel cul di sacco; spesso la osservazione anatomica sola essendo insufficiente, bisogna investigare se abbiano esistito durante la vita alcuni notevoli disturbi nello stomaco. Faremo però osservare col Signor Carswell che nello ammolimento cadaverico la mucosa è sempre pallida, trasparente, mentre che nello ammolimento morboso è qualche volta rossastra, e quando è bianca, presenta la opacità della crema mista ad una certa quantità di farina. Dobbiamo pure far osservare che la sede dello ammolimento patologico, la sua estensione, la sua disposizione, sono indipendenti da tutte le condizioni fisiche, meccaniche, le quali spiegano sempre la sede e le svariate forme dello ammolimento cadaverico. Quindi abbiamo veduto che lo stato declive del gran cul di sacco spiegava perchè lo ammolimento à sede più ordinariamente in questa parte dello stomaco; l'alterazione si estende lungi, ed è disposta a guisa di strisce strette egualmente ripartite su tutta la superficie dell'organo ne' soli casi in cui lo stomaco non avendo più il suo volume ordinario, la sua mucosa presenta un gran numero di pieghe più o meno ravvicinate le une alle altre, le quali impediscono al liquido di spargersi in modo eguale su tutta la superficie di questa membrana, e di mettersi in contatto da per tutto con essa. Lo ammolimento ch'è la conseguenza della chimica azione di questo liquido non può allora essere prodotto che su i margini protuberanti di queste ripieghe, là dove la membrana mucosa è libera, mentre che sulle parti dove è levigata, lo ammolimento à luogo uniformemente a guisa di piastre (Carswell).

DELLO AMMOLLIMENTO MORBOSO DELLO STOMACO

Si distinguono oggi in generale due specie di ammolimento morboso dello stomaco. La prima sulla quale il Signor Cruveilhier ha in spezieltà chiamata l'attenzione, e che à descritta nella sua *Anatomie pathologique* sotto il nome di *ramollissement gélatiniforme* colpisce specialmente i ragazzi; l'altra forma che il Signor Louis ha conorrese nella raccolta delle sue *Mémoires*, è lo ammolimento pultaceo o con assottigliamento della membrana mucosa. Quest'ultima alterazione è pur comune nelle altre età della vita. Raramente è primitiva, e si sviluppa il più delle volte nel corso delle diverse malattie acute o croniche.

1.° *Ammollimento gelatiniforme.* — Questa sepecie di ammolimento può invadere una parte più o meno estesa dello stomaco, ma occupa in preferenza il suo estremo splenico. Il Signor Cruveilhier dice, parlando di esso, che prima avvi sem-plice spostamento delle fibre che un muco gelatinoso separa; per conseguenza le pareti dell'organo sono spessite e semi trasparenti; tosto le stesse fibre sono invase, ed in fine scompaiono, in guisa che lo stomaco e lo intestino ammolito somigliano alla gelatina. Le parti in tal guisa trasformate sono scolorate, trasparenti, di aspetto inorganico, completamente prive di vasi, ed esalano un odor acretto. Una idea esatta di quest'alterazione potrà formarsi sottomettendo lo stomaco e gl'intestini alla ebollizione prolungata, la quale trasforma questi organi in una materia gelatinosa. Il Signor Cruveilhier à pure notato il colorito nero de' vasi che sono in contatto co' punti ammoliti. Questo professore considera il perforamento dello stomaco ed il versamento nello addome delle materie contenute in questo viscere siccome quasi sempre un fenomeno cadaverico, perchè in tutti i casi non esiste dopo di esso alcuna traccia di peritonite. Questa descrizione anatomica, che copio testualmente dal Signor Cruveilhier, à la maggiore analogia con quella che abbiamo dato precedentemente dello ammolimento cadaverico. Non tarderemo a riportare allo ammolimento chimico di Carswell l'alterazione descritta dal Signor Cruveilhier, se questo dotto professore non l'avesse osservata negl'individui i quali àno presentato durante la vita i gravi disturbi dello stomaco.

In fatti i ragazzi cominciano a vomitare il latte e le bevande che loro si amministrano; qualche volta rigettano ancora le materie biliose. Sono divorati da sete ardente, insaziabile; addivengono tristi, capricciosi, si dimagrano e periscono con una sorprendente rapidità: In generale esiste ancora la diarrea; gli scarichi ventrali sono lenterici o verdi, e simili a quelli del-

l'erba tagliuzzata. In mezzo a questi gravi disordini, il polso rimane lento, e le loro facoltà intellettuali sono intatte. I fanciulli cadono nello abbattimento, e periscono dopo un tempo che varia tra un settenario e molti mesi.

Lo ammolimento gelatiniforme dello stomaco che sembra essere una delle affezioni più gravi della prima infanzia, riconosce quasi sempre per causa lo allattamento artificiale, lo svezamento immaturo, o praticato bruscamente e senza precauzioni; la malattia si manifesta ancora ne' fanciulli spoppati dopo lungo tempo, ma che si nutrono di alimenti non ancora in rapporto colla delicatezza de' loro organi digestivi.

Se un fanciullo che si spoppa, à detto il Signor Cruveilhier, è colpito da diarrea, da sete ardente, se si dimagra, se la sua piccola fisionomia si decompone a vista d'occhio, se lo appetito diminuisce, ama i frutti, gli alimenti acquosi, affrettatevi....dategli la mammella, perchè è minacciata da una malattia quasi sempre mortale, quando è abbandonata a se stessa. Se accidenti colpiscono un fanciullo educato al zampilletto altro mezzo non avvi per combattere il male che dare allo ammalato una eccellente nutrice. In tutti i casi bisogna vigilare perchè una grande quantità di liquido non sia introdotto nello stomaco. I fanciulli dovranno succhiare spesso e poco. Nello stesso tempo della dieta lattica, si prescrivono con vantaggio i bagni emollienti ripetuti tutti i giorni, e si amministra loro l'oppio per clisteri (1 o 2 gocce di laudano), o in pozione (1 centigramma di estratto gommoso di oppio), come pure il nitrato di bismuto alla dose di 10 a 30 centigramme. Il mezzo però che dopo questo regime sembraci il più efficace nella malattia di cui parliamo, è l'applicazione allo ipogastrio di un vescicante del quale si manterrà la suppurazione per molti giorni. Andiamo debitori a questa medicatura della salute di molti ragazzi. In fine quando i vomiti sono incessanti bisogna sopprimere quasi intieramente le bevande, e dare soltanto a lunghi intervalli un poco di acqua ghiacciata o anche il ghiaccio a piccolissimi pezzi, ed al quale si potrà aggiungere una piccolissima quantità di zucchero.

2.° *Ammollimento semplice o con assottigliamento della membrana mucosa.* Questo genere di ammolimento è quello che vedesi qualche volta sopravvenire primitivamente in mezzo ad uno stato di perfetta salute, e che molto più spesso si manifesta negli individui colpiti da qualche malattia cronica, e specialmente negli etici, che il Signor Louis à veduti colpiti da questo genere di alterazione nella proporzione di un quinto.

Lo ammolimento di cui parliamo attualmente, ed è stato ben conosciuto soltanto dopo i lavori del Signor Louis, può colpire tutti i punti dello stomaco, invadere anche il viscere in

tutta la sua estensione ; però il più delle volte occupa la regione splenica. Le parti ammalate sono ora di un bianco azzurrognolo o giallastro ; altra volta sono grigiastre o di un bianco matto, siccome lattiginose , più di rado rossastre e prive di muco, esse sono depresse. La mucosa, a questo punto, è una mollezza estrema ; qualche volta non presenta che la consistenza di un muco mediocrementemente vischioso ; la sua spessezza si ravvicina più o meno a quella della mucosa , dello intestino gracile , qualche volta ancora è distrutta in una certa estensione. Lo ammolimento esiste ora uniformemente , ora a piastre o sotto forma di zone o di strisce , siccome lo abbiamo precedentemente indicato parlando dello ammolimento cadaverico. Il tessuto cellulare sottostante è quasi sempre sano ; però in certi casi si trova alterato (Louis). La mucosa vicina a quella ammolita può essere intatta , o pure rossa e diversamente colorata ; altra volta è spessita , acuminata , più di rado ulcerata.

Lo ammolimento della mucosa dello stomaco è una lesione che può seguire un corso acuto o cronico. Nell' primo caso, d'altronde rarissimo , gli ammalati accusano dolori epigastrici violenti , ma senza febbre ; anno sete viva ; la loro bocca esala un odore acido , penetrante , che spesso colpisce l' odorato del medico quando entra nella camera. Esistono nausee e quasi sempre vomiti verdastri ; la lingua è naturale e qualche volta di un rosso vivo uniforme ; gli ammalati si dimagrano , si dapauperano prontamente e periscono in alcune settimane o dopo alcuni mesi in uno stato di spaventevole marasmo.

Questo ammolimento sembra essere stato osservato frequentemente dal Signor Andral ne' vecchi: allora quest' individui, abitualmente ben nutriti, mangiano poco, poi perdono l' appetito, e provano in fine il disgusto più profondo per qualunque specie di alimento. Provano allo epigastrio un senso abituale d' incomodo e di peso anziché un vero dolore ; la loro lingua, naturale o coverta di un unto più o meno denso, si fa rossa ed arida. Questo stato può durare uno o molti mesi, poi il polso si accelera : un dimagramento considerabile à luogo : le forze declinano rapidamente , e gli ammalati periscono senza che alcun organo abbia manifestato qualche grave affezione sino all' ultimo momento della vita. Nell' autopsia, altra alterazione non si osserva che un ammolimento più o meno considerabile della membrana mucosa dello stomaco (Andral).

Lo ammolimento che à luogo come complicanza nel corso di certe malattie , e specialmente in quello della elicia, si manifesta con anoressia , poi si manifestano le nausee ed i vomiti per lo più verdastri. Ora vi sono dolori vivi allo ipogastrio, che si esacerbano sotto la pressione, e che non si calmano sotto l' azione dell' oppio : altre volte non esiste quasi affatto pa-

tema locale. I vomiti, rari dapprima, addiventano frequenti viemmaggiormente, e resistono spesso ostinatamente a tutti i mezzi terapeutici: sono provocati dalla tosse o dalla introduzione degli alimenti e delle bevande. Gli accidenti non hanno quasi mai un corso progressivamente ascendente; in fatti succede frequentemente che si calmano per alcuni giorni o alcune settimane senza però che l'alterazione dello stomaco si sia diminuita. Allora gli ammalati possono qualche volta digerire gli alimenti solidi, mentre che pochi giorni prima vomitavano anche le bevande più dolci. I sintomi dello ammolimento possono durare a diversi gradi per due, tre o sei mesi; qualche volta sono la causa della morte, o almeno accelerano di molto il termine.

Diagnosi. — Lo ammolimento somiglia qualche volta per i suoi sintomi alla gastrite acuta a segno, che torna difficile durante la vita poter stabilire la diagnosi differenziale. Osserviamo però che il dolore dello ammolimento lungi di essere vivo e scottante come quello della gastrite, si avvicina per i suoi caratteri molto più al dolore della gastralgia. Gli ammalati hanno quasi sempre vomiti verdastri, ed esalano dalla loro bocca un odore acido di aceto che non si osserva affatto nella gastrite. Questo è un corso molto eguale: le sue ricadute si spiegano quasi sempre per gli errori dietetici, mentre che nello ammolimento abbiamo notato come frequenti le irregolarità nel corso, le alternative istantanee in bene ed in male. Questi caratteri però distintivi non sono talmente specchiati che in molti casi non debbono lasciare qualche dubbio sulla natura della malattia di cui lo stomaco è la sede.

Pronostico. — La incertezza della diagnosi non permette di stabilire il pronostico su basi certe; non pertanto possiamo stabilire che se lo ammolimento dello stomaco non è assolutamente incurabile, costituisce però una delle malattie più gravi le cui cause sono affatto ignorate.

Cura. — Gli antiflogistici, specialmente le sanguisughe o le ventose applicate allo epigastrio, sono quasi inutili, meno che per moderare qualche volta il dolore; però sono privi di effetto contro i vomiti. Questi sono qualche volta frenati mediante l'applicazione di un vescicante all'epigastrio o coll'uso dell'acqua di Seltz; però si otterranno buoni effetti dalle bevande ghiacciate. I dolori sono calmati quasi sempre, ed i vomiti qualche volta, coll'uso delle preparazioni oppiate e specialmente collo estratto tebaico. Lo ammalato sarà sottoposto alla dieta lattica, ei dovrà far uso per tutto nutrimento e per solo medicamento del latte puro o spezzato con un quinto o un quarto di acqua di Vichy naturale. Dopo che gli accidenti saranno cessati e lentissimamente si riprenderà l'uso degli alimenti alquanto più sostanziosi.

DELLO AMMOLLIMENTO DELLA MUCOSA INTESTINALE

La mucosa intestinale può ammolirsi per l'azione del succo gastrico, ma ciò à luogo più raramente che per lo stomaco. Lo ammolimento può occupare l'intestino gracile e l'intestino crasso. Le alterazioni sono le stesse; bisogna però osservare, siccome lo à notato il Signor Carsewell, che quasi sempre lo ammolimento o il perforamento dello stomaco esiste contemporaneamente dalla lesione degl'intestini. Questo si sviluppa ora dall'interno al di fuori per l'azione del succo gastrico messo in contatto colla membrana mucosa, ora da fuori in dentro, quando lo stomaco essendo perforato, i liquidi che conteneva ànno bagnato la superficie esterna degl'intestini, che ammoliscono e sciolgono a poco a poco.

Lo ammolimento patologico, per lo contrario, è più frequente nello intestino che nello stomaco, ed è più comune nell'intestino crasso che nel gracile. La forma gelatinosa dell'alterazione è molto rara. Il più delle volte lo ammolimento non assale che la membrana mucosa, la quale a prima vista sembra intatta; ma quando si distacca, si vede ridursi in polpa o in una specie di muco alquanto vischioso, senza tracce di organizzazione. Qualche volta pur anche non se ne trova segno in una grande estensione.

Lo ammolimento della mucosa intestinale è un accidente comunissimo nella prima infanzia; riconosce le stesse cause, ed à luogo nelle stesse condizioni dello ammolimento dello stomaco, col quale coesiste quasi sempre. Ad una età più avanzata, lo ammolimento intestinale è una malattia che non è quasi mai primitiva; non credo averne ancora osservato alcun caso. Quasi sempre questa malattia à luogo come lesione secondaria nel corso o al declinar delle affezioni febbrili. L'ò incontrato specialmente dopo le febbri tifoidee ed i vaiuoli.

Una diarrea abbondante, accompagnata o pur no da colica verdastra, lenterica ne' fanciulli, gialla negli adulti, che resiste ostinatamente a tutti i mezzi che s'impiegano contro di essa, accompagnandosi da dimagrimento e da un rapido deperimento, sono i sintomi ordinarii dello ammolimento della membrana mucosa degl'intestini. In generale, il ventre è cedevole e privo di dolore, e non esiste che poco o affatto febbre: ciò distingue lo ammolimento dalla enterite acuta; se poi l'alterazione segue un corso lento, non avvi alcun mezzo di distinguere questa dalle enterite cronica e specialmente dalla enterite ulcerosa.

La dieta lattea ne' ragazzi, anche quando sono stati spoppati da lungo tempo, un regime severo presso l'adulto, l'astinenza di alimenti solidi, alcuni rivellenti sulla pelle del ventre, ed in fine a tutte le età l'oppio, dato per la bocca e per clisteri, sono i mezzi che bisogna opporre ad una malattia la quale quando è inoltrata à sempre un esito funesto.

DELLO AMMOLLIMENTO DELLA MILZA

O DEL FEGATO

La milza ed il fegato sono i due visceri della economia, che più spesso si rinvencono ammolliati allo sparo de' cadaveri. Questi ammolimenti, che variano dalla semplice diminuzione di consistenza sino ad una specie di liquefazione, esistono ora con uno scoloramento del tessuto, più spesso con un'alterazione del colorito normale, o con una tinta violacea o color di feccia di vino. Queste alterazioni che non si conoscono durante la vita per alcun sintomo particolare, sono puramente secondarie, si manifestano in alcuni stati gravi della economia, specialmente nelle febbri tifoidee, nelle febbri perniciose, e generalmente ogni qualvolta il sangue à perduto nella sua fibrina. Ne abbiamo parlato trattando di ciascuna delle malattie già descritte.

DELLO AMMOLLIMENTO DELL' UTERO

Sinonomia. Putrescenza; cangrena, metrite cangrenosa.

Storia. — Quantunque gli autori dell'ultimo secolo, specialmente Astruc e Pouteau abbiano parlato dello ammolimento cangrenoso dell'utero, pur tuttavia questa malattia è stata convenevolmente descritta da una trentina di anni or sono. Dapprima lo fu in Alemagna da Boër, Joerg, Schmitt, Busch, Wensell, in Francia da Luroth e specialmente dal dottor Danyau figlio, le cui ricerche interessanti, registrate nella sua tese (1829), ci saranno di molto utilità per la descrizione di questo articolo.

Anatomia patologica. — L'utero non è affatto colpito da ammolimento che dopo il parto. La lesione si presenta sotto molte forme. Spesso somiglia allo ammolimento polposo della mucosa dello stomaco: in questi casi raschiando la faccia interna dell'utero col dorso dello scalpello, si porta via il tessuto dell'organo il quale è ammolito e disorganizzato; questa lesione esiste alla profondità di 2 a 5 millimetri. Nella maggior parte de' casi, il tessuto benchè ammolito si conosce ancora, si distacca a guisa di lembi e non esala alcun odore fetido. Que-

sta lesione, come pure la precedente, è sempre superficiale: essa coincide quasi sempre con una flebite, con una linfite uterina, o con una metro-peritonite. In fine in alcuni casi rari, l'utero è veramente affetto da gangrena; il suo tessuto è allora trasformato in pappa bruna, rossastra, nerastra, ed esala un odor cangrenoso. Questa lesione comincia in generale dal collo, invade in seguito le altre parti del vescire, ora uniformemente, ora a guisa di piastre isolate; può interessare l'utero ad una profondità di alcuni millimetri soltanto, o pure occupare tutta la spessezza delle pareti dell'organo. L'alterazione è qualche volta circoscritta al punto d'inserzione della placenta.

Il Signor Danyau, allora forse preoccupato dalla dottrina fisiologica, vedeva nelle lesioni precedenti le prove di un travaglio infiammatorio; ma non sapremo dividere la opinione di questo distinto medico, e crediamo piuttosto che, allo esempio dei nostri colleghi di oltre-Reno, non dobbiamo vedere in ciò che una lesione simile allo ammolimento polposo dello stomaco; e se è vero che qualche volta esiste gangrena, bisogna stabilirne una malattia analoga alla putrefazione dell'ospedale.

Sintomi. — Lo ammolimento uterino coesistendo sempre con una infiammazione delle vene, de' linfatici, e specialmente del peritoneo, torna difficile indicare quali siano i sintomi che gli sono propri. Sembra anche che l'affezione uterina non determina per se stessa quasi alcun disturbo locale, e specialmente alcun dolore; però lo sviluppo della putrescenza coincide con un apparato di sintomi generali gravi; quindi le forze si perdono rapidamente, la febbre si accende, i lochi addivengono fetidi, la faccia si altera profondamente, ed in pochi giorni, qualche volta in poche ore, si veggono perire donne forti, ben nutrite. Lo ammolimento, manifestandosi durante lo stato della gravidanza, può produrre la rottura dell'utero: il feto perisce allora quasi sempre.

Diagnosi. — Non si può mai diagnosticare con sicurezza lo ammolimento dell'utero, ma solamente sospettarlo quando si manifesta rapidamente la prostrazione delle forze, la piccolezza del polso, l'alterazione della fisionomia, senza la esistenza di uno stato locale che potesse spiegarlo.

Pronostico. — La putredine dell'utero è una malattia probabilmente sempre mortale.

Etiologia. — Si è osservato in spezieltà lo ammolimento dell'utero nelle maternità, più di rado nella pratica civile; si è veduto in preferenza in inverno ed in autunno, nel corso delle epidemie di febbre puerperale. La distensione dell'utero per un feto troppo grosso, un parto laborioso, le manovre per completarlo, sono stati considerati come atti a produrlo.

Cura. — La sola indicazione consiste a rianimare le forze mediante i tonici e gli eccitanti diffusivi.

DELLO AMMOLLIMENTO DELLE OSSA

Lo ammolimento del tessuto osseo è caratterizzato da una diminuzione della sostanza terrea, con soprabbondanza comparativa della sostanza organica, e per la mollezza e la cedevolezza delle ossa, addivenute sì grandi che questi organi si curvano e si deviano pel peso del corpo, per stirature che si esercitano su di esse, come anche per la contrazion muscolare. Questo stato si osserva in due affezioni, che sono la *rachitide* e lo ammolimento propriamente detto, *osteomalacia*; malattie che alcuni autori, allo esempio di P. Frank e di Boyer, confondono in una stessa descrizione. Noi però crediamo, di accordo con Lobstein ed il professore Augusto Bérard, che in pratica convien descrivere separatamente la rachitide e l'osteomalacia; perchè oltre che la prima esiste nella infanzia, e la seconda nell'età adulta, avvi pure nella sintomatologia, nel corso e nella influenza degli agenti terapeutici, differenze grandissime per giustificare la distinzione che stabiliamo in questo luogo.

DELLA RACHITIDE O RACHITISMO

Il rachitismo è una malattia propria della infanzia, o caratterizzata da un'alterazion generale o parziale nella direzione, la lunghezza, il volume e la struttura delle ossa, con indebolimento della costituzione. Il nome di rachitide viene dal perchè la curvatura della spina è uno de' sintomi più distinti della malattia; ma siccome non è costante e non è raro vedere la rachitide circoscritta alle membra, ne siegue che la espressione consacrata per indicare la malattia è viziosa: non avvi però alcun interesse a cambiarla mentre si è molto di accordo sul suo significato.

Storia. — Pinel crede, in opposizione a Cullen, che le prime nozioni esatte che ci sono state date sulle rachitidi risalgono solamente a Glisson. Studiata poseia da Boerhaave, da Van-Swieten e da Portai alla fine dell'ultimo secolo, questa malattia è stata in questi ultimi tempi, l'oggetto di molti importanti lavori, tra i quali distingueremo l'articolo inserito dal Signor Guersant nel *Dictionnaire de médecine*, la memoria del Signor Ruz, pubblicata nella *Gazette médicale* del 1834, come pure le ricerche molto più complete che il Signor Giulio Guérin ha inserite nella stessa raccolta cinque anni dopo (1839).

Anatomia patologica. — Le rachitidi sono rimarcabili per lo sviluppo, la protuberanza delle epifisi ed il deviamento che

provano le ossa lunghe e piane dello scheletro: faremo ciò conoscere trattando della sintomatologia. Non solo le ossa de' rachitici sono deviate e deformi, ma subiscono ancora un arresto di sviluppo. Questa sospensione dell' aumento è specialmente distinta nelle ossa lunghe degli estremi inferiori, mentre che quelle delle membra toraciche continuando ad aumentarsi, si vede tosto una disgustevole sproporzione tra le membra toraciche e delle pelvi. Il Signor Guérin à provato che la riduzione nell' aumento delle ossa rachitiche aveva luogo costantemente dal basso in alto, e poteva esser portata, indipendentemente da quella che risulta dalla trasformazione delle ossa, sino alla metà della estensione ordinaria di questa parte dello scheletro. Questo arresto di sviluppo può anche colpire la testa. Quindi il Signor Shaw à stabilito nelle *Transactions medico-chirurgicales de Londres* (1843), che la testa de' rachitici aveva un volume minore degli altri individui, e che questa diminuzione era più manifesta alla faccia che al cranio, poichè questo non era diminuito che di $1\frac{1}{2}$ °, mentre la faccia lo era di $1\frac{1}{5}$ °.

Il Signor Guérin, in un lavoro che abbiamo già citato, à perfettamente descritto e seguito con gran cura le diverse alterazioni che presentano le ossa colpite da rachitide. Nel primo grado della malattia, le ossa, specialmente le lunghe, sono osservabili per la quantità di sangue nero che le penetra e che sgorga quando si rompono di lungo o di traverso. Questo sangue non sembra più contenuto ne' vasi; ma è stravasato nel canale midollare, sotto la membrana di questo nome, nel tessuto spungioso delle apofisi e delle epifisi, sotto il periostio, che è iniettato e spessito, e sin dentro le maglie del tessuto compatto, le quali si separano facilmente le une dalle altre. Ad un' epoca più avanzata, questo sangue perde il suo colorito nero; acquista una consistenza gelatinosa, addiuviene semi trasparente, si attacca fortemente al tessuto osseo e lo rende vascolare, siccome si può esser convinto esaminandolo colla lente. Questa alterazione si osserva pure nelle ossa lunghe, nelle ossa piane e nelle corte; a quest' epoca il tessuto è ammolito a segno, da dar luogo alla piegatura ed allo storcimento, come lo farebbe della radice di certe piante (Rufz). Qualche volta lo spezza; spesso però accade che se queste fratture anno luogo su i vivi, passano più o meno inosservate, in ragione della resistenza del periostio, il quale basta qualche volta per mantenere i frammenti in sito.

Nel secondo periodo, che vedremo caratterizzato dalla trasformazione delle ossa e la protuberanza delle apofisi e delle epifisi, si trova che il gonfiamento dipende dallo sviluppo di un tessuto spungioso accidentale, chiamato dal Signor Guérin *tessuto spungioide*, e che si forma a spese del sangue che abbia-

mo veduto spandersi durante il periodo che precede. Si trova da per tutto dove questo liquido si è stravasato, anche tra le maglie del tessuto compatto, dove si distingue pel colorito più carico del suo tessuto; ma è specialmente abbondante attorno alle epifisi e nella parte concava delle curvature delle ossa, dove la trama è nello stesso tempo molto più stretta. Il Signor Rutz, il quale à descritto la stessa disposizione, considera ancora questo tessuto come di novella formazione, e lo paragona, pel suo aspetto, ad una spugna finissima a maglie strettissime. Quando la malattia si termina favorevolmente, il *tessuto spongioide* si trasforma progressivamente in tessuto compatto; acquista tosto la durezza e lo aspetto dell'avolio. Questo stato è quello che il Sig. Guérin chiama *eburnation rachitique*. Allora non avvi alcuna traccia della riunione degli elementi dell'osso antico coll'osso nuovo. Questa disposizione è specialmente osservabile alla parte delle curvature, ove il tessuto di novella formazione è sì abbondante che si estende sul canale midollare, il quale è così più o meno ristretto. Se per lo contrario, la malattia continua i suoi progressi, la *reossificazione* rachitica non si opera affatto; il tessuto compatto dell'osso rimane sottile e fragile; il tessuto areolare, situato al di dentro di questa specie di strato, è sostituito da lamine ossee sottilissime che si bagnano in un liquido oleoso. Quest'alterazione, che esiste pure nelle epifisi, è chiamata dal Signor Guérin *consunzione rachitica delle ossa*; egli l'attribuisce allo spostamento delle lamine ossee, le quali raddoppiandosi pel travaglio di formazione del tessuto spongioide ànno rotto le trame vescicolari ed interrotto anche il lavoro nutritivo, in modo che la reossificazione non può aver luogo. Risulta da alcune esperienze che il fosfato calcareo si trova in proporzione minore nelle ossa rachitiche.

Sintomi e corso. — Rarissimamente il rachitismo sviluppa in mezzo alle apparenze della salute colla deformità delle ossa: però i signori Guérin, Guersant et Barrier ne ànno osservato ciascuno alcuni casi. Quasi sempre succede allora alle diverse affezioni croniche addominali, o pure è preceduta per un tempo più o meno lungo da uno stato di languore. Quindi i fanciulli sono tristi; abbandonano i loro giuochi, e rimangono abitualmente seduti o coricati; sono deboli, si fanno magri, e si lagnano di dolori nelle articolazioni e nella continuità delle membra; sudano al menomo esercizio e durante il sonno; molti ànno diarrea e perdono l'appetito, in fine si dice che le loro urine, più copiose che al solito, depositano col raffreddamento un sedimento calcareo abbondantissimo. Il fanciullo rimane in questo stato languido per uno o due mesi, qualche volta per cinque e sei; poi à luogo il secondo periodo caratterizzato dalla trasformazione dello scheletro. Allora si veggono le

epifisi delle ossa lunghe, specialmente delle gambe e dell'avambraccio, gonfiarsi e presentare certe specie di nodi; ciò dà luogo al volgo di dire che i fanciulli si *annodano*: A questo effetto si limita il rachitismo in un quarto o quinto de' casi in circa (Guérin), quando è naturalmente poco intenso, o quando i mezzi di cura impiegati allo sviluppo hanno qualche efficacia. Però, nella maggior parte, le ossa si curvano, si storcono e si deviano. Quindi i femori e specialmente le ossa delle gambe si curvano fortemente e presentano la loro convessità al di dentro. Altre volte, la curvatura de' femori si fa in avanti, e quella della tibia al di fuori: la direzione delle membra inferiori è tale che, ravvicinate l'una all'altra descrivono una specie di ellissi. Altre volte le ginocchia, dirette in dentro, si toccano, mentre che le gambe sono allontanate ad angolo aperto; quindi il camminare è difficile, incerto, poco sicuro, tanto più che la maggior parte di quest'infelici non possono camminare che sul bordo interno del piede. Le membra superiori sono sempre meno deformi delle membra delle pelvi, obbligate di sopportare il peso del corpo. Le ossa del braccio e dello avambraccio possono essere curve al di dentro; le piccole ossa del corpo e del metacarpo possono essere gonfiate: però la cavicola, alla quale si uniscono tutte le membra toraciche, è la più deformata. Queste ossa rappresentano gli archi di cerchio colla convessità anteriore, e qualche volta talmente proeminente che si direbbero affette da fratture mal consolidate. La colonna vertebrale è spesso deviata, sia lateralmente, ed allora à la forma di una S; sia da avanti in dietro; qualche volta queste deformità esistono simultaneamente.

I devianti che la rachitide produce sullo scheletro del torace non sono meno rimarcabili; sono stati perfettamente studiati da' signori Rilliet e Barthez. In generale lo sterno è gonfiato in avanti e forma quasi sempre angolo dall'alto in basso. Immediatamente dopo di esso, le cartilagini si portano in dietro come se andassero a toccare la colonna vertebrale; da ciò risulta appiannamento straordinario delle regioni ascellari, che si portano in dentro ed addiventano concave. La estremità sternale delle coste è gonfia e si scolpisce sulla pelle; queste ossa sono curve e in senso inverso del loro stato normale, cioè che formano una convessità in dentro ed un concavo in fuori, ciò che rende somigliante il torace de' rachitici a quello degli uccelli.

La rachitide rende spesso deformi anche le ossa piane, specialmente quelle del bacino e del cranio. Le prime s'inclinano e si contorcono in diversi modi; ora il sacro ed il pube si ravvicinano, e ne risulta allora una diminuzione tale del diametro antero-posteriore che questo può aver soltanto 4, 5, 6 centimetri, in vece di 11, che formano la dimensione normale. Al-

tre volte lo avvicinamento delle ossa a luogo da un lato all'altro, in guisa che il diametro trasverso può diminuire della metà e più. Se la rachitide colpisce i fanciulli giovanissimi, le cui fontanelle sono ancora membranacee, la ossificazione di queste è arrestata; il cervello, cessando allora di essere mantenuto, ed obbedendo alla sua sola forza di espansione, sviluppa il cranio oltre misura: la testa somiglia, in questi casi, a quella di molti idrocefali; però ne' rachitici lo sviluppo del cranio non dipende affatto da un versamento sieroso, ma solamente da uno stato di esuberanza del cervello. Se il rachitismo à luogo dopo la ossificazione delle fontanelle, il volume della testa aumenta poco; le osse però si spessiscono ed offrono qua e là i numerosi gonfiamenti, corrispondenti specialmente a' punti dove il tessuto spungioso è più sviluppato. Di simili trasformazioni si osservano ancora alla faccia, che si allarga trasversalmente e sembra deprimersi dall'alto in basso: le ossa delle guance sono protuberanti; la base del naso è più larga; la mascella è spessita, i suoi rami si riuniscono col corpo quasi perpendicolarmente; infine, l'omoplate, più di rado deforme delle altre ossa, può esserlo qualche volta a segno da recare incomodo ne' movimenti della spalla. I denti sono le sole parti dello scheletro che non si ammollescono mai; spesso ancora il travaglio della dentizione non prova alcun ritardo, ed i denti che escono sono di bella apparenza; però frequentemente si cariano; e se i fanciulli sono deboli, la dentizione à luogo in modo irregolarissimo.

Queste trasformazioni dello scheletro portano seco molti disturbi nelle principali funzioni. Quindi per la viziosa conformazione del torace, in ragione dello abbassamento che subisce lateralmente, il diametro trasverso del petto è diminuito; di più, pel cambiamento di diametro delle coste, questi archi ossei si portano in dentro a ciascuna inspirazione, e restringono di più la capacità toracica; quindi la respirazione è diaframmatica. Lo stesso diaframma non trovando un punto di appoggio sufficiente sulle coste ammolle, ed essendo respinto fortemente in alto pel volume del fegato e la distensione gassosa degl'intestini che esiste nella maggior parte de' rachitici, ne siegue che il petto si sviluppa pure incompletamente nel suo diametro verticale. Aggiungiamo pure che la capacità del torace è spesso diminuita pel deviamiento della colonna vertebrale, la quale forma molte protuberanze; in fine i polmoni, già poco sviluppati in ragione della poca estensione della cassa toracica, sono più o meno compressi dalle gibosità; qualche volta lo sono a segno, che l'organo può, come lo abbiamo veduto, essere ridotto nella estensione di un intiero lobo in una lamina sottile; altre volte il tessuto, addivenuto intieramente fibroso e denso è affatto impermeabile all'aria. Tutte queste lesioni spiegano il perchè tutti i gob-

bi anno la respirazione corta, incomoda, e perchè tutte le malattie dell'apparato respiratorio presentano in essi un carattere grave. La rapidità colla quale respirano fa sì che l'aria penetra appena nelle vescichette, e si ferma in parte ne' grossi tronchi; perciò, siccome lo anno notato i signori Rilliet e Barthez, questi tali anno una leggiera respirazione bronchiale naturale a questi esseri.

La maggior parte de' rachitici sono distinti per lo sviluppo precoce della loro intelligenza, ciò che spiega d'altronde il volume relativamente maggiore del cervello.

Corso, durata, esiti. — La deformità delle osse, lo abbiamo già detto, à luogo quasi sempre dal basso in alto. Cominciando ordinariamente dalle osse delle gambe e de' femori, assale in seguito i polsi, poi le ossa del bacino, i fianchi e la colonna. Questo periodo di deformità corre più o meno rapidamente; ne' casi più acuti bastano due o tre mesi perchè tutto lo scheletro sia deviato e trasformato; ma quando il corso è lento, passano uno o molti anni tra le deformità degli estremi e quelle della colonna. Durante questo periodo, i fanciulli sono tristi, languidi, scolorati, soggetti alla diarrea, spesso anno la febbre; si lagnano delle membra e sudano al menomo movimento; in fine dopo un tempo più o meno lungo, la malattia passa al terzo periodo, e termina colla morte o colla guarigione. Nel primo caso, la deformità continua a progredire; i fanciulli si dimagrano, s'indeboliscono, si scolorano viemmaggiormente; s'infiltrano e periscono, il più delle volte per una complicità toracica (pneumonia, bronchite capillare, eticia), o addominale (enterite, colite o ammolimento della mucosa digestiva). Quando per lo contrario, la malattia tende verso la guarigione, le forze si rianimano, il sistema muscolare acquista attività, e lo aumento del corpo, momentaneamente sospeso, riprende il suo corso. Se le deformità non sono considerabili, diminuiscono o si cancellano; quindi è che le protuberanze delle ossa spariscono e molte curvature si dirizzano per la sola attività de' muscoli, qualche volta l'uso delle macchine addiviene necessario. Però quando le deformità sono state considerabili, e specialmente quando occupano lo sterno e le coste, ed anche la colonna, durano quasi sempre, e gl'individui, rimangono soggetti per tutto il corso della loro vita a tutti gl'inconvenienti che trae seco la deformità delle diverse parti dello scheletro, non ostante qualunque mezzo. Quindi quelli le cui membra delle pelvi sono trasformate camminano stentatamente e mal sicuri. Quando l'alterazione si porta sulla clavicola e l'omoplata, le membra superiori anno meno forza, ed i loro movimenti meno estensione; lo stringimento del bacino nella donna può rendere difficili ed impossibili i parti; finalmen-

te le deformità del torace, specialmente quando si accompagna a gibosità, fanno sì che quest' individui sono enfati; quasi addiventano enfisemati, e molti sono consecutivamente colpiti da malattie organiche del cuore, specialmente da dilatazione con o senza ipertrofia delle pareti: van soggetti facilmente al catarro, ed in essi la menoma affezione acuta de' polmoni e dei bronchi si associa ad una dispnea ed una estrema ansietà. Molti di quest' individui, in ragione delle numerose cause che si oppongono alla circolazione ed all' ematosi, anno le labbra, il polso ed il polpastrello delle dita violacei, cianotici; anno gli occlii protuberanti e lacrimanti; la loro parola è breve, difficile; di tempo in tempo sono presi da ortopnea, e muoiono soffogati: altri periscono con i sintomi di una lenta apoplessia, siccome il Signor Forget lo à dimostrato, nel 1836, nel *Journal hebdomad aire*. La maggior parte periscono per malattie infiammatorie della pleura, de' bronchi e de' polmoni, affezioni che spesso saranno insufficienti per produrre la morte in quelli ben costituiti; in fine molti altri periscono colle malattie di cuore. Per lo contrario è raro vedere questi esseri addivenire tubercolosi; in fatti risulta dalle ricerche de' signori Ruz e Guerant, che l' affezione tubercolosa è meno comune ne' fanciulli rachitici che tra gli altri.

Diagnosi. — La diagnosi è incerta soltanto nel primo periodo e quando non si osserva altro che un insieme di sintomi generali. Subito che la deformità dello scheletro comincia, la malattia è ben caratterizzata, e potrebbe essere solamente confusa coll' osteomalacia; diremo però in che differisce dalla rachitide. Bisogna forse riportare a quest' ultima malattia tutti i devianti delle ossa che si osservano nella giovane età? Bisogna specialmente considerare come un effetto della rachitide i devianti che assalgono sì spesso la colonna spinale de' giovanetti, senza che le altre parti dello scheletro presentino un' analoga alterazione? Questa quistione è difficile a potersi risolvere; non per tanto crediamo che molte gibosità non riconoscono affatto per causa la rachitide, perchè esse sopravvengono ad una età in cui quest' affezione non è ordinaria; esse si mostrano il più delle volte in mezzo ad uno stato di perfetta salute; di più, nelle vertebre non si trovano affatto le alterazioni che abbiamo vedute precedentemente in tutte le ossa rachitiche. Tutte queste ragioni menano a pensare che queste gibosità dipendono da qualche altra causa; quindi è che la contrazione muscolare, le posizioni viziose, l' uso di certi busti, e forse un rilasciamento de' ligamenti vertebrali, possono, in molti casi, spiegare il loro sviluppo.

Pronostico. — La rachitide parziale, assalendo le membra ad un grado debole soltanto, è una malattia poco grave, per-

chè non solo può guarire, ma quando lascia alcune tracce dopo di essa, non impedisce gl'individui di continuare per lungo tempo la loro carriera. Non però succede lo stesso quando la rachitide produce la difformità dello scheletro ad un grado avanzato, specialmente della cassa toracica, perchè allora non solo le ossa non si radrizzano più, ma la loro deformità porta seco le più funeste conseguenze.

Etiologia. — La rachitide è una malattia propria della infanzia che si manifesta quasi sempre all'epoca della prima e della seconda dentizione; la malattia ha il suo maximum di frequenza da uno a tre anni, e specialmente nel corso del secondo anno, secondo i rapporti del Signor Guérin. Si citano de' casi di rachitide congenita; non è però certo che l'alterazione delle ossa del feto, che è stata considerata come una varietà della rachitide, appartenga realmente a questa malattia. Checchè ne sia, la rachitide, colpisce quasi nello stessa proporzione i due sessi, può assalire gl'individui di tutte le costituzioni: la maggior parte de' fanciulli osservati dal Signor Rutz erano bruni, ed avevano il sistema peloso molto sviluppato; la rachitide sembra più frequente, nelle ragazze che ne' ragazzi (Guérin). Una abitazione umida e fredda, un nutrimento grossolano, insufficiente, la mancanza di esercizio, sono le cause più ordinarie della rachitide; Il Signor J. Guérin ne' ha dimostrato la realtà sperimentale: quindi egli ha sviluppato la malattia ne' cani che privava di esercizio, ed a' quali amministrava un nutrimento insufficiente.

Cura. — Quando la rachitide è semplice, bisogna rianimare la vitalità sottomettendo gli ammalati ad una buona igiene ed all'uso de' tonici. Quindi si consiglierà l'abitazione nella campagna in un luogo ben esposto all'aria: l'alimento sarà esclusivamente animale; gli ammalati bevanno il buon vino, allungato coll'acqua ferrata; internamente si amministreranno gli amari, i tonici, la china, l'estratto di genziana. Avvi un mezzo molto raccomandato in Alemagna, e che impiegato in Francia da' Signori Bretenneau, Bonnet (di Lyon) Guersant, Trousseau, sembra efficacissimo; intendo parlare dell'olio di fegato di baccalà, medicamento che gode delle proprietà toniche, analeptiche, e del quale io stesso ho sperimentato la utilità in simili casi. Si prescrive da 1 a 2 gramme sino a 60, il più delle volte si comincia con piccole dosi. Essendo quest'olio di un sapore e di un odore disgustevole, si amministra in un liquido aromatico. A' precedenti mezzi bisognerà unire le frizioni secche, aromatiche, i bagni salati o meglio i bagni di mare, i bagni solforosi, iodati o i bagni di aria compressa, raccomandati dal Signor Pravaz. Ne' due primi periodi, nel secondo specialmente, bisogna che i fanciulli rimangano ritti

il meno possibile, affinchè il peso del corpo non aumenti la curvatura delle ossa. Gli ammalati dunque si lasceranno in un'aria libera, esposti al sole, se non è troppo ardente, e coricati sopra i materazzi o sopra piante aromatiche; si faranno passeggiare di tempo in tempo entro piccoli carri. Quando le ossa cessano di deformarsi e che la costituzione de' ragazzi riprende la vigoria, bisogna loro permettere l'esercizio: la ginnastica potrà allora convenire, avendo cura di provocare specialmente la contrazione de' muscoli che possono operare il ridrizzamento delle ossa. A questa stessa epoca si potrà anche impiegare qualche mezzo ortopedico.

Natura. — La rachitide è un'alterazione di nutrizione del tessuto osseo la cui natura è perfettamente ignorata. Per molto tempo si è fatto della rachitide un vizio particolare; altri, e Rosen specialmente, hanno considerato il rachitismo come un vitolo degenerato o snaturato, passando da' padri a' figli, però sin ora niente prova che questa opinione abbia qualche fondamento.

DELL' OSTEOMALACIA

L'osteomalacia (da *οστίον*, osso, e *μαλακος*, molle) è lo ammolimento delle ossa nella età adulta.

Questa malattia, che un medico arabo chiamato Gschusius sembra aver osservato il primo sopra un uomo le cui membra si piegavano come un vestimento, à fissato l'attenzion de' medici, i quali hanno raccolto su questa malattia singolare numerose osservazioni. Le più distinte sono quelle di Morand intitolata: *Histoire de la femme Supiot* (1752), nelle *Mémoires de l'Académie des sciences*; quelle di Ludwig (1737); di P. Frank (*Opus méd.*) di Vander Haar (Lobstein, *Aut. pato.*, t. 11, p. 196); di M. Stanski (*Thèse de Paris*, 1839, n.430).

Caratteri anatomici. — Se le ossa sono debolmente ammolite, conservano la loro forma, la loro lunghezza, e la loro normale direzione; ma quando lo ammolimento è molto avanzato, allora si trovano accorciate, deviate, storte in mille modi; altre sono fratturate, e quasi sempre in questo caso senza alcuna traccia di consolidazione. In un grado più avanzato dell'osteomalacia, le ossa hanno una struttura spongiosa: le loro pareti sono assottigliate; le cellule e le areole, ampliate, sono umettate da un liquido sanguinolento che cola mediante la pressione. Ad un'epoca anche più avanzata della malattia, la sostanza ossea è quasi scomparsa: l'osso sempre ricoverto dal perostio, è ridotto ad una lamina sottile come il guscio dell'uovo, e formata da una materia molle, come cartilaginea, glutinosa, che somiglia altre volte al tessuto delle gengive. In questo sta-

to, l'osso è molle, flessibile in tutti i sensi. La sua mollezza varia da quella che acquista un osso che si lascia macerare in un acido sino a quello di un muscolo, della cera, o anche di una materia polposa. Questi organi sono anche più o meno fragili e friabili; l'alterazione, generalmente più avanzata nelle ossa delle membra e della spina, può invadere quasi tutto il sistema osseo: i muscoli sono pallidi, infiltrati, deformi. Le esperienze de' chimici hanno dimostrato che nella osteomalacia avvi costantemente una diminuzione considerabile de' fosfati di calce, poichè i sali calcari, i quali, secondo Bostock, formano nello stato normale più della metà del peso delle ossa, non contano più che un quinto o un ottavo ne' casi in cui gli organi sono affetti da ammolimento.

Sintomi, corso, durata. — La maggior parte degli ammalati provano da principio dolori, prima leggieri, poi vivi, laceranti, nelle ossa delle membra, del bacino, della colonna; più tardi si manifestano i nodi che sono specialmente distinti al livello delle protuberanze articolari. Il cammino diviene allora penoso, barcollante, poi impossibile; allora le ossa si curvano, si deviano e si deformano pel peso del corpo o per la semplice contrazione muscolare. Le membra si curvano, si ammassano e si collocano sopra i lati del corpo; il bacino si restringe e lascia appena lo spazio agli organi che protegge. La colonna si raccorcia e si devia; il torace prende le forme insolite, e si gonfia qualche volta sino alla mascella inferiore; si dice pure aver veduto i denti ammoliti (Leblanc) e cartilaginei (Krause). Le ossa del cranio, benchè partecipano alla comune alterazione, non sono quasi mai affette a segno da alterare la figura delle parti. I deviamenti di cui trattiamo sono pure aumentati dalle fratture che hanno luogo in molti di questi individui al menomo sforzo che fanno, o quando vogliono sollevarli, o muoverli; queste fratture non si consolidano quasi mai. In questo stato la statura può diminuire a tal segno che si vedono individui di alta statura addivenire piccoli nani.

Non ostante queste deformità, è cosa ovvia vedere la maggior parte delle funzioni, e la nutrizione specialmente, operarsi regolarmente. Le donne possono continuare ad aver le loro regole, ed alcune sono addivenute incinte: pur tuttavia la morte à luogo presto o tardi, sia per lo indebolimento generale, sia per qualche complicazione o pel disturbo sopravvenuto negli organi della respirazione e della circolazione, i quali sono più o meno incomodati nelle loro funzioni. I dolori si vivi allo sviluppo continuano raramente durante tutto il tempo della malattia. Le urine sembrano contenere, come nella donna Supiot, di cui parla Morand, un sedimento di fosfato calcareo.

Diagnosi.—L'osteomalacia non potrebbe essere confusa che col rachitismo; ma ne differisce in quanto che assale solamente gli adulti, mentre che la rachitide è propria della infanzia. Questa à luogo lentamente e senza dolore, e tende ad arrestarsi per i soli progressi della età; mentre che l'altra, preceduta da dolori vivi, spesso atroci, à un corso quasi sempre crescente. Aggiungiamo che nella rachitide, le ossa non sono mai ammolite al punto in cui lo sono nella osteomalacia; non si possono, come in questa, nè piegare nè torcere come si potrebbe fare di un muscolo. In fine il pronostico e la terapeutica sono essenzialmente differenti ne' due casi.

L'osteomalacia non deve essere nè anche confusa colla fragilità delle ossa; perchè in questo stato, i tessuti ossei, in opposizione a ciò che esiste nello ammolimento, contiene una minore quantità di elementi organici, mentre che le sostanze terrose sono in maggiore proporzione: oltre a che, le ossa, fatte secche, sono friabili, ma non flessibili.

Pronostico.—L'osteomalacia è una malattia la quale sin ora può considerarsi come affatto incurabile.

Etiologia.—L'osteomalacia è più frequente nella donna che nell'uomo, e ciò, secondo Gaspari, nella proporzione di 10 a 3. Rara prima della pubertà, più comune nella età adulta, e nella donna all'età critica, è stata spesso osservata negl'individui indeboliti dalla miseria, dalle privazioni, in quelli che abitano luoghi umidi o malsani, e che sono colpiti da qualche malattia cronica che li à profondamente debilitati.

Cura.—Bisogna sostenere le forze con un alimento succulento, coll'uso de' tonici e con una convenevole abitazione; combattere le complicate che sopravvengono, calmare i dolori coll'oppio, collocare gli ammalati nel riposo per impedire le deformità e prevenire le fratture.

QUINTO GENERE DI LESIONI DI NUTRIZIONE

DELLA CANGRENA

La cangrena è la mortificazione delle parti molli, cioè la morte completa di un punto del corpo. In un organo o in un tessuto cangrenato non avvi più nè circolazione nè innervazione nè atto nutritivo: quindi la sensibilità ed il calorico sono spenti; la parte rientra sotto il solo impero delle leggi fisiche, e se la vita si prolunga molto tempo, questa parte è separata, eliminata da' tessuti viventi siccome succederebbe di un corpo estraneo.

Caratteri anatomici della gangrena. — Le parti gangrenate hanno sempre sofferto un'alterazione del colorito. Sono grigiastre, nere, brune, gialle, biancastre e di un verde carico. La loro consistenza è variabile. Ora penetrate da liquido, sono molli, friabili, si riducono in un detritus, o in una materia pultacea alla menoma pressione; altra volta poi i tessuti sono secchi, duri, simili alla bergamena, e rimbombano sotto la percussione simile ad un pezzo di legno; sembra vedere delle porzioni di mummie di Egitto. Nel primo caso dicesi che la gangrena sia *umida*, e chiamasi *secca* nel secondo. Le parti mortificate tramandano un odor vivo penetrante di un fetore particolare e caratteristico. La putrida fermentazione che a luogo produce lo sviluppo de' gas che s'infiltrano ne' tessuti privi di vita come anche nelle parti circostanti. Questi gas manifestano la loro presenza per lo scoppietto che si produce premendo su di essi colla mano. I tessuti gangrenati non conservano quasi più alcuna traccia di organizzazione: tutti gli organi, tutti i tessuti colpiti tendono vieppiù a confondersi ed a divenire omogenei: le parti tendinee e le ossa sole rimangono sempre più o meno distinte, benchè colorate in nero dalla materia pultacea. Le parti molli che resistono di più all'azione gangrenosa sono l'adipe ed i vasi. Non è raro in fatti, trovare questi ancora intatti ed ostruiti dalla sanie fetida o da un sangue nerastro e coagulato. D'altronde qualunque sia la causa della gangrena i vasi sono spesso chiusi ad una certa distanza al di là; lo sono necessariamente quando questa chiusura è la causa della malattia. Non è raro di osservare al centro di un'escara i frammenti di tessuto adiposo perfettamente distinti. Però alla fine di un tempo più o meno lungo, tutti i tessuti addiungono omogenei e sconosciuti. La gangrena è ora circoscritta, ora diffusa. Le parti circostanti sono spesso edematose o infiltrate in modo sanioso.

Sintomi, corso. — La gangrena si manifesta ordinariamente con un cambiamento di colorito nelle parti; queste si fanno comunemente azzurrognole, violacee o nere; la circolazione capillare languisce e si arresta; il calore diminuisce, poi si estingue: la gangrena è allora confermata. La parte mortificata può, siccome lo abbiamo detto, essere dura e secca; altre volte è impregnata di liquidi, e colla pressione si riduce in pappa pultacea. In quest'ultima forma specialmente si osserva lo infiltramento sero-sanguinolento ed infisematico de' tessuti circostanti e l'odore gangrenoso. La mortificazione delle parti molli si accompagna comunemente a' sintomi generali gravi, che dipendono prima dalla causa che produce la gangrena, e poscia dalla influenza deleterea che spiega sulla costituzione lo assorbimento delle materie putride. Quindi per poco che la gangrena sia este-

sa, si osserva la prostrazion delle forze, o quella serie di accidenti adinamici ed atassici che abbiamo avuto spessissimo occasione d'indicare e descrivere. Sarebbe però errore credere che una gangrena, anche molto estesa, trascina necessariamente un apparato sintomatico grave. Quindi è che si veggono individui i quali, nonostante una gangrena che occupa una larga superficie, conservano non pertanto l'appetito, e la grassezza, e sufficienti forze per potersi alzare e camminare. Diciamo però che questi fatti sono rari ed affatto eccezionali. Queste anomalie però non hanno luogo che ne' casi di gangrena per causa esterna, quando l'alterazione non è estesissima, non colpisce un organo importante, e quando si limita prontamente.

La gangrena una volta limitata, si sa che si stabilisce sui limiti un lavoro infiammatorio che ha per effetto di separare le parti morte dalle parti viventi. Quando questa eliminazione ha luogo, ne risulta una perdita di sostanza più o meno considerabile, che si separa nella stessa guisa delle altre soluzioni di continuo. Dietro questa serie di accidenti ha luogo la guarigione. Se la malattia deve avere un esito funesto, si vede spesso la morte sopravvenire nel corso del primo periodo, in seguito di sintomi adinamici, ed atassici. Alcuni periscono mentre le escare si distaccano; altri dopo la loro completa separazione. Nel primo caso, la natura spossata non può supplire alle perdite del lavoro di eliminazione, e nel secondo la riparazione non può effettuarsi. In fine, la morte può esser lo effetto di qualche impreveduta complicanza, ma che appartiene alla gangrena ed alla sede che occupa: quindi è che molti ammalati periscono per una emorragia fulminante, quando un vaso è aperto, o per una flemmasia perperacuta, come quella della pleura o del peritoneo, quando, la gangrena invadendo uno degli organi contenuti nel peritoneo e nel ventre, si vede l'escara estendersi alla sierosa che tappezza queste cavità.

Diagnosi. — La diagnosi della gangrena non offre difficoltà se non quando l'organo è situato profondamente: torna però impossibile poter stabilire a questo riguardo alcuna indicazione generale. Oltre a che ne parleremo dettagliatamente quando ci faremo a trattare di ciascuna gangrena in particolare.

Prognosi. — La gangrena è sempre malattia pericolosa. Il pronostico è tanto più grave in quanto l'alterazione è più estesa, l'individuo più debole, e l'organo invaso più importante.

Etiologia. — La gangrena riconosce un certo numero di cause dirette; tali sono l'applicazione di diversi agenti chimici, l'acumulo e la sottrazione del calorico, la infiammazione violenta, le compressioni eccessive, la ligatura de' vasi o la loro spontanea chiusura, certi agenti deleterei, come il virus della pustula maligna, la segala cornuta, gl'infiltramenti urinosi o

di materie fecali. Però la gangrena che rientra nel dominio della patologia medica riconosce il più delle volte le cause generali; quindi l'abbiamo indicata come comune nel corso delle febbri gravi, delle malattie pestilenziali, o anche ne' casi in cui la innervazione è diminuita, come nella maggior parte delle malattie della midolla, nelle quali si osserva spesso la gangrena delle parti soggette alla pressione del corpo durante il decubito. A cose eguali poi, le gangrene sono malattie più comuni negl' individui deboli: così si osservano in maggior numero ne' fanciulli, più specialmente in quelli della classe povera. Raramente primitive, si manifestano quasi sempre in essi in seguito delle febbri eruttive.

Cura. — Quasi mai la gangrena richiede l'uso degli antiflogistici; ciò dovrebbe aver luogo solamente ne' casi rari ove la mortificazione dipende soltanto dalla violenza della infiammazione, ed anche in questo caso bisognerebbe poco insistere su i mezzi debilitanti, specialmente se la gangrena invade una superficie, perchè bisogna regolare le forze di cui à bisogno l'organismo, sia per la eliminazione delle escare, sia per riparare le perdite della sostanza. La natura delle cause che producono la gangrena ed i sintomi che l'accompagnano indicano quasi sempre la medicatura corroborante, stimolante. Quindi sono utili internamente le bevande di chinachina; esternamente, si facilita la separazione dell'escara mediante i topici eccitanti (storace, china, vino acquavita canforata), co' cloruri, i quali agiscono anche neutralizzando il cattivo odore; in fine, conosciamo che quando la gangrena riconosce certe cause specifiche e non si limita spontaneamente, bisogna circoscrivere la colla cauterizzazione.

DELLA GANGRENA DE' POLMONI

Storia. — Sebbene gli antichi abbiano molto parlato della gangrena de' polmoni, non bisogna però avere alcuna confidenza ne' loro libri, perchè sotto questa denominazione ànno confuso malattie diversissime. Laennec è quello il quale, nella sua immortale opera, diede una buona descrizione della gangrena. Dopo di lui, questa malattia à fissato l'attenzione di molti buoni osservatori, tra i quali i signori Andral, Genest, Rostan, Briquet, Cruveilhier, Laurence; quest' ultimo, nella sua tese (anno 1840), à studiato la malattia dietro l'analisi di 63 osservazioni particolari; più di recente (1843), il Signor Boudet à pubblicato negli *Archives générales de médecine* alcune ricerche sulla gangrena polmonale, che à specialmente studiata nel periodo della infanzia.

Anatomia patologica.—Allo esempio di Laënnec del Signor Laurence, distingueremo una cangrena *diffusa* ed una cangrena *circoscritta*. La prima può invadere una parte o la quasi totalità di un polmone. L'organo offre in questo punto un colorito nerastro, il suo tessuto friabile esala un odor di cangrena, e dividendolo, lascia sfuggire un liquido simile al sego sciolto; messo sotto un filo di acqua, si porta via un detritus nerastro e fetido, ed al suo posto si scovre un incao.

La cangrena parziale o circoscritta è una varietà molto più comune; qualche volta è limitata alla mucosa bronchiale, ed assale questa solamente in una o molte di queste dilatazioni o ampolle di cui i bronchi sono qualche volta la sede; lesione che studieremo in seguito. Questa varietà della malattia però è rara; il Signor Briquet, che l'ha descritta nel 1841 in un lavoro pubblicato da egli medesimo negli *Archives* ne à citato 2 osservazioni dettagliate. Il più delle volte, la disorganizzazione colpisce il parenchima polmonare istesso. Allora la cangrena si mostra il più spesso sotto forma di piccole masse, di piastre superficiali sotto pleurali o intra parenchimatose, uniche o molteplici, nerastre, verdastre o di un grigio biancastro, che esalano un odore caratteristico, che si riduce sotto la pressione in una materia pultacea o in un tessuto filamentoso, simile alla canapa o al lino putrefatto (Laënnec, Stokes, Laurence). La escara è aderente ora alle parti vicine, altre volte n'è completamente separata e forma allora, siccome lo dice Laënnec, una specie di marciume nerastro, verdastro, brunastro o giallastro, di un tessuto siccome filamentoso, più floscio o più secco dell'escara recentemente formata. Il più delle volte l'escara si ammolisce e si converte in una specie di pappa nerastra e fetida contenuta in una saccoccia o focolaro. Le pareti di quest'ultimo sono molli, semplicemente ingorgate ed infiltrate di sangue; il più delle volte però sono indurate in seguito della epatizzazione rossa o grigia del tessuto polmonale. Questa sembra essere piuttosto consecutiva anzichè primitiva alla cangrena; veramente rappresenta pel polmone quel cerchio rosso infiammatorio che circonda e limita in modo sì perfetto la cangrena de' tegumenti. Quando la cangrena siegue un corso rapido, lo induramento è poco diverso da quello che caratterizza la pneumonia acuta; se poi si prolunga, il tessuto è denso, durissimo, quasi fibroso grigiastro, assatto bernocoluto, secco, cioè che offre tutti i caratteri della pneumonia cronica. Questo induramento può essere limitato ad alcuni millimetri o ad 1 o 2 centimetri intorno alla caverna; altra volta può invadere tutto un lobo ed anche tutto il polmone. L'interno della caverna può essere formato immediatamente dal tessuto polmonale: però questo si cove spesso di una falsa membrana

grigiastra e molle che segrega prima un pus nerastro e fetido, ma che, organizzandosi meglio, addiviene tosto lo elemento di una solida cicatrizzazione. Questa falsa membrana è qualche volta consecutiva alla caduta dell'escara; altra volta la precede, ed allora separa le parti viventi dalle parti morte, e serve pure ad eliminarla. Le caverne cangrenose sono spesso attraversate da briglie formate da' vasi o da' bronchi che hanno resistito alla distruzione. I vasi sono quasi sempre chiusi; qualche volta però sono ancora permeabili. Se in quest'ultimo caso le loro pareti sono distrutte, il sangue si spande nella saccoccia e qualche volta nell'albero respiratorio intiero. Il focolaro cangrenoso comunica il più delle volte con i bronchi; altre volte, essendosi aperto nella pleura, o pure questa membrana essendo stata semplicemente invasa, si trovano le lesioni caratteristiche di una pleurisia complicata spesso a pneumotorace. Si concepisce che se le antiche aderenze si opponevano al versamento del focolaro nella pleura, la materia putrida potrebbe portarsi sotto i tegumenti ed anche aprirsi una strada allo esterno: però non esiste ancora, io credo, un fatto simile negli annali della scienza. Una osservazione del Signor Laurence mostra la possibilità di una comunicazione del focolaro col pericardio.

Sintomi. — Di rado la cangrena polmonale si manifesta nel corso di una pneumonia; il più delle volte però, la malattia si manifesta negl'individui già sofferenti. Quando la cangrena è primitiva, oltre i fenomeni prodromi variabilissimi. Gli ammalati provano per molti giorni soltanto, o per alcune settimane di seguito uno stato di mal'essere che non possono definire, essi perdono l'appetito; le loro forze sono molto diminuite; la maggior parte hanno tosse, segni di bronchite e provano dolori nel petto: poscia si manifestano i segni della cangrena. Questi consistono nel fetore dell'alito che tramanda un odor cangrenoso; altre volte è piuttosto l'odore del gesso umido o stercorale, siccome il Signor Louis lo à osservato una volta. Nello stesso tempo gli ammalati espettorano, dopo i conati di tosse generalmente penosi e ripetuti, gli sputi più spesso mucosi, grigiastri o opachi, qualche volta nerastri, fuliginosi, color tabacco di Spagna, saniosi, o formati da sangue puro che qualche volta gli ammalati emettono abbondantemente. La espettorazione esala sempre lo stesso odore dell'alito, odore talmente forte e penetrante, che infetta una intiera sala di ospedale. Spesso sono questi i soli segni locali della cangrena; succede sempre così quando la mortificazione assale soltanto la mucosa bronchiale, o quando propagandosi al parenchima polmonale, lo colpisce soltanto in un punto molto circoscritto, e quando non forma affatto un focolaro comunicante con i bronchi. Se poi la

cangrena occupa una grande estensione del polmone, si osserva allora ne' punti corrispondenti del torace, il suono matto, uno scoppietto grosso, misto spesso a soffio, in ragione dello induramento polmonale che esiste intorno ad esso. Se la cangrena è circoscritta e forma un focolaro che comunica co' bronchi, applicando l'orecchio a questo livello, si sente il soffio cavernoso, il gorgogliamento ed il pettoriloquio, fenomeni caratteristici di un cavo polmonale. In generale, esiste nello stesso tempo un apparato sintomatico grave: quindi la faccia è alterata, le forze sono prostrate; il polso è piccolo, frequente, avvi diarrea; gli ammalati si abbattano rapidamente. Però qualche volta le forze si mantengono; la pelle è priva di calore, ed il polso è piuttosto al di sotto della sua frequenza normale anziché al di sopra.

Corso, durata, esito. — Nella maggior parte de' casi, la cangrena siegue un corso rapido e mai sempre aggravante; però alcune volte gli ammalati presentano alcune alternative in bene ed in male; si osserva pure l'odore e la espettorazione cangrenosa diminuire ed anche cessare affatto per alcuni giorni, il che dipende forse dalla momentanea sospensione della comunicazione del focolaro collo esterno. La maggior parte degl'individui periscono in mezzo a' sintomi atasso-adinamici; in molti la flemmasia intercorrente del polmone cangrenato o del polmone sano sollecitano l'esito fatale. In fine questo dipende qualche volta da un accidente, da una complicazione provocata direttamente dalla stessa cangrena. Quindi è che la mortificazione guadagnando la pleura ne risulta qualche volta una pleurisia perperacuta, spesso complicata ad un pneumo-torace e che produce la morte in 1, 2 o 3 giorni in mezzo all'ansietà la più viva ed alla soffocazione. Succede ancora, ma più di rado, che la cangrena, distruggendo un vaso per anco permeabile, produce una emorragia fulminante; il sangue riempiendo allora in un istante i tubi aerei, gli ammalati periscono asfittici.

La morte è l'esito quasi costante della cangrena polmonale. Però i signori Chomel, Genest, Louis, Cruveilhier, Fournet, ànno citato de' casi che sembrano provare che la guarigione sembra possibile. Ne è raccolto io stesso un caso autentico nel 1846, perchè l'ammalato essendo morto durante la convalescenza per una pleurisia, è trovato nel punto ove, durante la vita, si erano osservati i segni stetoscopici di una escavazione, una piccola caverna con pareti lisce in linea di cicatrizzazione.

Durata. — La cangrena polmonale à una variabile durata; qualche volta termina nel primo settenario, più spesso nel corso del secondo o del terzo. Si dice che poteva durare per lo spazio di cinque a sei mesi, io però non lo credo, e penso che in questi casi ànno preso per cangrena una dilatazione bronchi-

*

ca o una pleurisia circoscritta, malattie durante le quali, in fatti, si osserva qualche volta un alito ed una fetida espettorazione.

Diagnosi. — Il fetore del fiato e quello delle materie espettorate sono i soli due segni caratteristici della gangrena polmonale; però questi due fenomeni mancano qualche volta: quindi, quando la gangrena, superficialissima, colpisce piuttosto la pleura anziché il polmone, siccome ne è trovati due esempi, allora si vede sopravvenire, dopo alcuni leggieri mal' esseri, una pleurisia perperacuta, che in pochissimi giorni uccide gli ammalati. L'assenza del fetore dell'alito si spiega in questo luogo per lo isolamento della gangrena, la quale non comunica coll' interno de' bronchi. Con poca attenzione, si eviterà la confusione della gangrena del polmone colla gangrena della bocca e della faringe. La diagnosi potrebbe esser difficile però se l'alterazione fosse circoscritta alla parte inferiore di questo condotto; la mancanza poi della espettorazione, della tosse e di qualunque fenomeno toracico dovrebbe in questo caso illuminarci sulla sede della mortificazione. In fine diremo più tardi che in certe dilatazioni de' bronchi, l'alito e la espettorazione degli ammalati sono qualche volta fetidi; ma invece del fetore proprio della gangrena, non esiste comunemente che un odore insipido, acido, o d'idrogeno solforato. Il Signor Briquet però, vorrebbe far dipendere sempre questo odor fetido dalla esistenza di una gangrena circoscritta alla mucosa delle estremità dilatate de' bronchi. Però questa opinione non ci sembra affatto probabile, perchè in una parte, come abbiain detto, esiste in questi casi un odor fetido, ma non è l'orribile odore della gangrena; di più, quasi tutti gli ammalati si ristabiliscono, mentre che la guarigione è un fatto eccessivamente raro ne' casi di gangrena anche circoscritta.

Pronostico. — La gangrena essendo quasi sempre mortale, il suo pronostico deve essere eccessivamente grave, specialmente ne' ragazzi, ne' quali la gangrena, di rado limitata al polmone, invade ordinariamente nello stesso tempo molti punti della economia.

Etiologia. — La gangrena è una malattia la quale, senza essere comune, non è però rara. Si osserva a tutte l'età, e le ricerche del Signor Boudet tendono a far credere che è più frequente nella infanzia che negli altri periodi della vita. Laënnec à provato in oltre, che la malattia era incomparabilmente più comune nell'uomo che nella donna (:: 11 : 4). Si è molte volte manifestata in mezzo alla più ridente salute; ciò non per tanto nella maggior parte de' casi, siccome lo abbiain già detto, è consecutiva a' diversi stati morbosi; quindi, ne' fanciulli, si manifesta frequentemente dopo le febbri eruttive; in qualunque età si osserva nel corso delle bronchiti croniche e delle pneu-

monie poco estese e benigne in apparenza, ma che assalgono individui deboli e spossati da una lunga malattia, come un diabetico. Più spesso della pneumonia, l'apoplezia polmonale dà luogo alla gangrena de' polmoni: è questo un punto di etiologia che un distinto medico, il Signor Genest, ha perfettamente stabilito e che abbiamo discusso nel primo volume. Sono stati pur anche citati alcuni casi di gangrene polmonali consecutive ad una violenta contusione del torace, alla presenza di un corpo estraneo introdotto nell'albero respiratorio, e forse anche ad un ostacolo meccanico apportato al corso del sangue (Carsewell). In fine l'apertura di un ascesso del fegato, della milza, de' reni, de' polmoni, un cancro dello stomaco invadendo lo stesso organo, siccome Andral ne riporta un caso, possono sviluppare una gangrena. Il Signor Guilsain ha pur preteso che la gangrena de' polmoni era un accidente frequente negli alienati che rifiutano per lungo tempo gli alimenti: i fatti però riportati dall'abile medico di Gand non sono concludenti; oltre a che gli schiarimenti che ho attinti da molti medici di case di pazzi mi portano a pensare che la opinione del Signor Guislain è forse azzardata. Credo in fine che la gangrena polmonale, come pure le mortificazioni delle parti molli esterne, può aver luogo in seguito della impressione del freddo violento e prolungato; almeno ciò vien provato da due osservazioni raccolte da due chirurghi militari, i signori Shrimpton ed Aubase—Montfaucon, riportati da quest'ultimo nella sua tesi (1847).

Cura. — Siccome le forze sono in generale prostrate, bisogna procurare di rialzarle coll'uso de' tonici (vino e china-china); si è consigliato in oltre l'uso de' cloruri di soda o di calce sotto forma di fomenti, di aspersione sul letto; si uniscono pure alla tisana alla dose di 8 o 10 gramme; o pure, seguendo il consiglio di Graves e di Stokes, si combina il cloruro di calce coll'oppio (cloruro di calce, 3 gramme; oppio, 1 gramma, in 20 pillole; da prendersene 1 a 4 al giorno). La gangrena non controindicherebbe il salasso se il polso fosse largo e duro; pur tuttavia non bisogna impiegare questo rimedio che con eccessiva prudenza.

DELLA CANGRENA DELLA BOCCA

Sinonimia. — Stomatite gangrenosa, stomacace gangrenoso e maligno, cancro acquoso (Richter).

I fanciulli della classe povera sono più spesso affetti da gangrena delle pareti della bocca. Questa terribile malattia, quasi sempre mortale, colpisce, secondo il Signor Taupin, il ventesimo di quelli i quali, a Parigi, entrano nell'ospedale de' fanciulli.

Storia. — La prima nozione sulla cangrena della bocca è stata data nel XVII.^o secolo da un medico Olandese di nome Battus; descritta dopo di lui da Van-Swieten e da molti altri autori de' Paesi Bassi, fissò pure in quell'epoca l'attenzione dei medici svedesi, poi degli inglesi. In Francia, indicata da Paupart, da Saviart, da Sauvages, nel 1816 fu l'oggetto di un eccellente lavoro dovuto al Signor Baron, ed inserito dallo stesso ne' *Bulletins de la Faculté*. Descritta due anni dopo da Isnard, nella sua Tese, e poscia da Billard, lo è stato più completamente in questi ultimi tempi dal dottor Taupin il quale, in un buon lavoro pubblicato nel *Journal des connaissances médico-chirurgicales* per l'anno 1839, à però avuto il torto di confondere colla cangrena della bocca la stomatite cotennosa ed ulcerosa. Si trova ancora ne' signori Barthéz e Rilliet un capitolo importante consacrato alla malattia di cui è parola; ma il lavoro più completo che possediamo su di essa è la monografia che Richter à pubblicato in Russia, nel 1828, e della quale à dato una novella edizione nel 1834.

Anatomia patologica. — In que' ragazzi morti per cangrena della bocca, si rinviene un gonfiamento che può invadere le labbra e le gote, ed estendersi quasi a tutta la superficie della faccia. La pelle, tesa, lucida, dura al tatto, è violacea, nera o verdastra; spesso sopra un punto acuminato del tumore, esiste un'escara secca, e dura la cui estensione varia da quella di una lenticchia sino a quella di una moneta di cinque franchi: la mortificazione può essere anche più vasta, per esempio, può propagarsi a tutto un lato della faccia. La mucosa buccale è costantemente mortificata; ora è la sede di un'ulcerazione grigiastrea, nerastra; altre volte è affetta in tutta o quasi tutta la estensione della guancia e delle gengive, e si distacca sotto forma di una massa pultacea nera, semi-fluida. Spesso accade che la cangrena, limitata alle due superficie de' tegumenti, invade soltanto le parti molli intermedie: queste sono allora infiltrate da un liquido sero-sanioso. Avvi però un momento in cui la guancia è colpita da mortificazione in tutta la sua spessezza; e quando l'escara, che sembra formarsi sempre da dentro infuori, si è distaccata, esiste un perforamento che mette allo scoperto le arcate dentarie. Su i cadaveri, si trovano ordinariamente le gengive ammolite e cangrenate, i denti vacillanti e la porzione corrispondente delle ossa mascellari denudata, annerita, necrosata. I vasi ed i nervi non ànno presentato niente di particolare a Billard ed al Signor Taupin: ma i signori Rilliet e Barthéz, avendoli accuratamente anatomizzati, àn trovato le arterie permeabili in vicinanza dell'a cangrena, e chiuse da grumi nel centro della mortificazione ed ad una piccola distanza al di là. Il nevriema de' nervi prende il colorito delle parti; qual-

che volta pare cangrenato, mentre la polpa nervosa ha conservato il suo aspetto. La cangrena che è limitata ad un piccolo spazio occupa specialmente una guancia o una delle labbra, e più frequentemente, l'inferiore. I gangli sotto mascellari sono generalmente intatti nella malattia di cui trattasi; però qualche volta sono gonfiati ed ammoliti. In quelli che periscono alla cangrena buccale si rinvengono ancora molte lesioni le quali, per la maggior parte, si sono sviluppate consecutivamente. Quindi diciotto volte su venti, si osserva una pneumonia semplice o doppia, un' entero-colite acuta o cronica, o un ammolimento semplice della mucosa gastro-intestinale: queste ultime complicazioni si osservano ne' due terzi circa de' casi; in fine si trovano qualche volta delle cangrene sviluppate sugli altri punti del corpo, per esempio ne' polmoni.

Sintomi, corso, esito. — Checchè ne abbiamo detto, sorge dubbio se la cangrena si sviluppa mai sulla pelle; forse comincia qualche volta dalle parti molli centrali; ciò non pertanto questo fatto è eccessivamente raro; in fatti, nella quasi totalità de' casi, è la mucosa la prima ad essere affetta. Allo sviluppo si osserva spesso alla superficie una flittene o un' ulcerazione grigiastra che à sede al centro della guancia o sulla piegatura gingivo-buccale, o pure sulla gingiva. La ulcerazione può essere cangrenosa sin dallo sviluppo; il più delle volte non riveste questo carattere che dopo alcuni giorni, essa s'ingrandisce rapidamente. La cangrena si propaga spesso da' bordi della ulcerazione a tutta la parete buccale. l'ammalato esala un odor fetido, che ne' primi giorni è paragonabile a quello degl' individui colpiti da stomatite mercuriale (Richter): però è quasi sempre cangrenoso sin dallo sviluppo. Quest' odore si rinviene ne' liquidi che gemono dalla bocca. Dapprima salivari, poi sanguinolenti e nerastri, questi fluidi sono spesso misti a' detritus cangrenosi. Però dal momento dello svolgimento della cangrena, ed anche prima della sua manifestazione, e quando non avvi che una semplice ulcerazione della mucosa, la guancia e le labbra si gonfiano e divengono edematose; il gonfiamento è molle senza essere accompagnato da cambiamento alcuno nel colorito della pelle, precede di uno o due giorni la comparsa di un nocciolo d'ingorgo centrale, duro, di 1 a 2 centimetri di diametro, formato dalla tumefazione del tessuto cellulare. Allora la pelle è tesa, lucida, siccome oleosa, marmorea, violacea, un' escara vi si sviluppa in un terzo e più de' casi. Si osserva questa quasi sempre dal terzo al settimo giorno, alcune volte molto più tardi; comincia con una flittene o con una macchia nerastra, lenticolare, che si estende come l'alterazione della mucosa, ed è preceduta dall' edema de' tessuti; può invadere tutta una metà della faccia, ed anche propagarsi al

collo. Allo interno della bocca, i denti, scalzati, vacillano e cadono qualche volta; l'osso mascellare, denudato, necrosato, si distacca spesso a schegge quando la vita si prolunga assai per dar luogo alla eliminazione. Lo stato generale è variabile; quasi tutti i fanciulli hanno la faccia pallida, sono tristi, abbattuti; le loro forze sono prostrate; però non lo sono tanto quanto si potrebbe supporre, e non è cosa rara vedere ammalati poco abbattuti in istato di sedersi sul letto ed anche scendere. Il polso è piccolo, frequente; la pelle è fredda o bruciante, secondo che la cangrena è semplice o accompagnata da flemmasia. Malgrado però uno stato sì grave, l'appetito sembra mantenersi; i fanciulli chiedono a mangiare; hanno una sete viva, e quasi tutti soffrono diarrea. Il dimagrimento progredisce rapidamente, e la morte à luogo il più delle volte nel corso del secondo settenario. Di rado risulta da soli progressi della cangrena, ma il più delle volte è determinata, almeno in gran parte, da qualche complicanza, specialmente dallo sviluppo di una pneumonia. Qualche volta gli ammalati muoiono più tardi. In questo ultimo caso, che la cangrena si limiti o pur no, le escare si distaccano e la loro caduta mette allo scoperto le arcate dentarie nerastre e necrosate, i denti vanno via, le parti molli cadono a lembi, gli ammalati spesso le strappano di per loro; esalano un odore orribile, ed hanno un aspetto il più disgustevole. Quando la guarigione deve succedere, la cangrena si limita prestamente, le escare si separano, il gonfiamento edematoso diminuisce o finisce, i bordi della soluzione di continuo, duri ed ingorgati, si appianano; le porzioni di ossa necrosate si sfoliano; in fine la cicatrizzazione à luogo dopo un tempo più o meno lungo.

Diagnosi. — La cangrena della bocca differisce dalla pustola maligna in quanto che la prima si manifesta sempre sulla pelle mediante una macchia, poi con una fiittene seguita da escara, mentre che la cangrena de' fanciulli comincia dalla mucosa. Quest'ultima deve essere distinta dalla stomatite cotennosa ed ulcerosa; perchè questa non si associa al gonfiamento edematoso che abbiamo precedentemente notato; non vi si rinvie ne neppure il nocciolo duro centrale; non si vede mai l'escara formarsi alla pelle, nè il perforamento delle guance nè il denudamento delle ossa; i lembi che scappan via dalla bocca non sono altro che false membrane; in fine la malattia à un corso lento; essa è contagiosa e termina quasi sempre colla guarigione. In fine non si confonderà un afte cangrenoso colla cangrena della bocca; perchè nel primo caso l'alterazione è circoscritta alla mucosa; non avvi nocciolo duro, nè considerevole edema, nè perforamento, nè denudamento.

Pronostico. — La cangrena della bocca è una malattia quasi sempre mortale. Quelli che guariscono, avendo sofferto gravi perdite di sostanza conservano per tutto il tempo della vita deformi cicatrici, aderenti, le quali sfigurano ed incomodano i movimenti delle mascelle.

Etiologia. — La cangrena della bocca è una malattia quasi speciale de' fanciulli; è comunissima (specialmente da tre a cinque anni (Rilliet e Barthez) o da cinque a dieci, secondo il Signor Taupin. Malattia quasi sconosciuta, nella classe comoda, si osserva soltanto ne' poveri. Più frequente ne' tempi umidi, di rado è primitiva, ma quasi sempre consecutiva ne' fanciulli debilitati da un' antecedente malattia; è specialmente comune nella convalescenza del morbillo e della scarlattina, per lo contrario è rara dopo il vaiolo (Taupin); in fine assale spesso i ragazzi affievoliti per lungo tempo da una diarrea o che soffrono malattie croniche della pelle del cuoio capelluto. Mostrandosi il più delle volte senza causa occasionale manifesta, la cangrena della bocca può aver luogo dietro una cura mercuriale; una lacerazione della mucosa, operata da una scottatura, da una protuberanza di un dente, ec., non è mai contagiosa.

Cura. — La cangrena tendendo molto ad estendersi; bisogna cercare di limitarla il più presto possibile mediante i caustici. Si scieglieranno i più energici, come il ferro rovente, il butiro di antimonio, il nitrato acido di mercurio, l'acido idroclorico puro, e forse meglio, il caustico di Vienna. La cauterizzazione sarà larga, profonda, e dovrà sempre estendersi ad una piccola distanza al di là delle parti mortificate. Si consiglia nello stesso tempo l'applicazione di diversi tonici; tali sono le frizioni seche, aromatiche o ammoniacali sulle parti edematose, altri le ricoprono di compresse bagnate nell'acqua-vita canforata, nel vino rosso, nella decozione di chinachina, o in una soluzione poco concentrata d'idroclorato di ammoniaca. A questi mezzi si uniscono i gargarismi astringenti, tonici, clorurati, e anche le lavande, le iniezioni abbondanti fatte tutte le ore cogli stessi liquidi. Il Signor Rilliet, Barthez e Taupin consigliano, secondo la pratica del Signor Bouneau, medico dell'ospedale de' fanciulli, il cloruro di calce polverizzato, che si applicherà col dito bagnato di acqua, dopo ciascuna cauterizzazione, e del quale si continuerà l'uso, dopo la caduta delle escare. Nello stesso tempo si sosterranno le forze coll'uso interno de' tonici, come la china ed i vini generosi, il brodo, e se lo appetito si mantiene, si permettono alcuni alimenti che non richieggono gli sforzi della masticazione. Gli antiflogistici ed i mercuriali sono sempre nocivi. Gli evacuant non convengono che ne' casi rarissimi.

DELLA CANGRENA DELLA FARINGE

La cangrena della faringe, che gli antichi credevano si comune, è una malattia rarissima. Abbiamo già detto che l'errore de' nostri antecessori derivava dal perchè avevano preso per escare le false membrane, spesso colorate in nero dal sangue, che sono il carattere dell'angina disteritica. Non pertanto la cangrena della faringe è una malattia reale, quantunque estremamente rara, e sulla quale gli autori del *Compendium*, e più recentemente i Signori *Rilliet* e *Barlhez*, hanno di bel nuovo chiamato l'attenzione.

Malattia quasi sempre consecutiva, siccome la cangrena della bocca, si osserva soltanto ne' fanciulli poveri, specialmente al di sotto della età di sei anni, e particolarmente in quelli che sono convalescenti di una febbre eruttiva. La cangrena della faringe è circoscritta o diffusa; la prima occupa specialmente la parte inferiore di questo condotto, ed è spesso sconosciuta durante la vita; la seconda può invadere la faringe, le tonsille ed il velo palatino. In quest'ultimo caso, le parti affette, sono nerastre, livide, grigiastre, ammolite, esalano l'odor fetido della cangrena, e le escare distaccandosi lasciano allo scoperto una perdita di sostanza più o meno estesa. Quando la cangrena è circoscritta alla parte anteriore della faringe, al punto di unione di questo condotto collo esofago, è difficile diagnosticarla, perchè la lesione, non è accessibile alla vista, e l'odor cangrenoso dell'alito potrebbe solo indicare una cangrena del polmone. Oltre a che non avvi alcun segno locale capace di dilucidare la diagnosi; in fatti, non esservasi comunemente nè mal di gola, nè disfagia, nè ingorghi sottomascellari. Però l'errore della diagnosi non è di grande importanza in questo caso, atteso che tutti gli ammalati periscono, sia per la cangrena, sia per la malattia che la complica. Lo sviluppo della cangrena della faringe coincide sempre con un aumento de' sintomi generali. Se la cangrena è accessibile, fornisce le stesse indicazioni di quella della bocca, cioè che bisognerà limitarla colla cauterizzazione; poi si useranno le applicazioni e le lavande coluriri, la chinachina, l'allume, ec.

DELLA CANGRENA DELLA VULVA

Il dottor *Richter* à pur chiamato, pochi anni sono, l'attenzione de' medici sopra una specie di cangrena che colpisce qualche volta le parti genitali esterne delle ragazze. Manifestan-

dosì quasi sempre consecutivamente ad un'altra malattia, si annunzia ordinariamente con un dolor scottante alle parti genitali; poi si osserva tosto alla faccia interna delle grandi o piccole labbra una macchia nera, circoscritta, insensibile. Le parti vicine sono dure ed ingorgate sino al monte di Venere. I giorni successivi, le escare guadagnano le parti vicine, e si estendono spesso sino al perineo ed alla comessura della vulva; queste parti sono la sede di un cuoio pruriginoso che spinge le ammalate a stropicciarsi, ed allora si strappano spesso de' lembi del tessuto in sfacelo. I sintomi generali sono quelli che accompagnano le cangrene estese. La maggior parte delle ragazze periscono. La cangrena però può circoscriversi; ma quando le escare si separano, si scovrono con spavento considerabili perdite di sostanza, e che non pertanto possono ancora cicatrizzarsi rapidamente pel ravvicinamento e per lo sviluppo de' bottoni carnosì. Cosa degna di attenzione, dietro simili disordini, non si veggono mai grandi deformità; Richter non à mai osservato dopo questa malattia le aderenze delle pareti della vagina, però se ne concepisce la possibilità. Torna inutile dire che la imene è quasi sempre distrutta. Per la cura, sono le stesse indicazioni di quelle per la cangrena della bocca.

SESTO GENERE DI LESIONI DI NUTRIZIONE

DELLA ULCERAZIONE

La ulcerazione è una delle alterazioni di nutrizione le più comuni e che abbiamo mille volte avuto occasione di farne menzione; essa è caratterizzata da una soluzione di continuità che si forma quasi sempre spontanea in un tessuto in seguito di un insolito assorbimento, e sostenuta da una causa locale o generale.

La ulcerazione assalespecialmente i tessuti membranosi (pelle e membrane mucose); qualche volta è prodotta da un lavoro infiammatorio che non offre niente di speciale nella sua natura e nella sua forma, e che agisce eccitando solamente in un punto lo assorbimento interstiziale in modo a produrre una soluzione di continuo. La ulcerazione è però un accidente poco comune nelle infiammazioni pure; si può anche stabilire in modo generale che la infiammazione de' tessuti membranacei non è affatto seguita da ulcerazioni che ne' casi dove presenta qualche cosa di specifico nella sua natura, o quando lo individuo è sotto la influenza di certe diatesi, o pure quando esiste una causa permanente d'irritazione, come un corpo estraneo che preme incessantemente sullo stesso punto. Questa proposizione, che va soggetta a numerose eccezioni per la pelle

e per alcune mucose accessibili, come quella della bocca, è varia per la maggior parte delle mucose profondamente situate. Quindi abbiamo avuto occasione di dire che la mucosa delle vie respiratorie non si esulcerava affatto che nel caso di diatesi tubercolosa o quando lo individuo era affetto da virus venereo o dal virus della morva; niente di più raro quanto le ulcere semplici della mucosa delle vie digestive. (Se si osservano qualche volta le soluzioni di continuo dello stomaco, formarsi nel corso delle flemmasie croniche, non avviene lo stesso dello intestino gracile e dello intestino crasso, la cui mucosa non si ulcera quasi mai nelle infiammazioni pure, qualunque siasi la loro durata. Le ulcerazioni dello intestino in fatti, si osservano allo stato acuto nella dissenteria epidemica e nella febbre tifoidea soltanto, e nello stato cronico nella etica tubercolosa; queste due ultime affezioni, e specialmente la febbre tifoidea, sono oltremodo distinte per la tendenza, estrema che anno la maggior parte de' tessuti membranacei ad ulcerarsi: è un fatto sul quale non cade più dubbio dopo le ricerche del Signor Louis. Esistono anche delle ulcerazioni delle quali le une anno luogo dopo la caduta delle escare e le altre dopo la eliminazione di un prodotto morboso, come il pus o la materia tubercolosa ammolita: in fine l'apertura esterna delle masse cancerigne dà luogo pure alle ulcerazioni che si manifestano con caratteri particolari. Ma sebbene nella maggior parte de' casi la ulcerazione sia preceduta da fenomeni infiammatori, o almeno da congestione, è cosa evidente però che la lesione non solo è il risultato di questo lavoro morboso, perchè non ulcera i tessuti a piacimento infiammandoli; non avvi alcun rapporto tra il numero e la estensione delle ulcerazioni e la intensità e durata delle flemmasie: quindi indipendentemente dalle flemmasie, esistono alcune delle condizioni speciali che abbiamo precedentemente enumerate.

Le ulcerazioni differiscono moltissimo pel numero, la estensione, la figura e lo aspetto della loro superficie; queste differenti circostanze possono anche, indipendentemente da' commemorativi e da' sintomi concomitanti, illuminare il medico sulla causa che le à prodotte o che le sostiene. Tra le ulcerazioni, le une sono ancora distinte, perchè si estendono specialmente in superficie, mentre che le altre guadagnano in profondità; queste ultime, quando anno sede sugli organi cavi, possono col loro progresso consumare, distruggere tutti i tessuti che compongono le loro pareti; queste finiscono finalmente col perforamento.

Abbiamo creduto necessario manifestare in questo luogo queste considerazioni generali sulle ulcerazioni; non ci dilungheremo di più sullo studio di questa lesione, e non la consi-

dereremo affatto in particolare ne' principali organi o tessuti ne' quali si osserva più comunemente, siccome abbiamo praticato per le altre alterazioni di nutrizione, crediamo preferibile dover parlare della ulcerazione in particolare quando tratteremo delle cause o delle diatesi, delle quali è quasi sempre lo effetto.

SETTIMO GENERE DI LESIONI DI NUTRIZIONE

DEL RESTRINGIMENTO, DELLA CHIUSURA, DELLA DILATAZIONE, DEL PERFORAMENTO E DELLA ROTTURA DEGLI ORGANI CAVI.

In questa settima sezione ci occuperemo di molti stati morbosi che sono d'ordinario la conseguenza di alcune lesioni di nutrizione che abbiamo studiate. Abbenchè consecutive di diverse alterazioni, quantunque costituenti il più delle volte stati puramente sintomatici, non dobbiamo però trascurare di studiarle a parte, perchè alcune sembrano prodursi qualche volta in modo affatto spontaneo, ed in seguito di una lesione speciale ed ancora indeterminata della nutrizione del tessuto: ciò à luogo specialmente per certi dilatamenti e perforamenti di organi cavi e de' condotti. Oltre a che, qualunque sia la lesione della quale le alterazioni di cui ci occuperemo siano la conseguenza, torna impossibile riconoscere questa lesione durante la vita, o pure questa è intieramente finita, ed allora i soli sintomi che esistono sono quelli delle alterazioni consecutive; questa diviene in oltre la sola sorgente delle indicazioni terapeutiche: quindi per tutte queste ragioni, dobbiamo studiare a parte, i *restringimenti e le chiusure, le dilatazioni, i perforamenti e le rotture*.

DE' RESTRINGIMENTI E DELLE CHIUSURE

Il *restringimento* è una diminuzione più o meno considerabile nel calibro di un organo cavo; si dice che avvi *chiusura* quando la cavità è intieramente colma.

Questo genere di alterazione si osserva specialmente ne' condotti del corpo umano; i serbatoi de' liquidi ne sono meno frequentemente colpiti, l'ostruzione d'altronde non à quasi mai luogo in essi a segno da produrre una perfetta chiusura.

Alcuni restringimenti sono congeniti, e dipendono allora quasi tutti da un arresto di sviluppo. Però quasi tutti i restringi-

menti hanno luogo dopo il nascimento. La loro causa più frequente è lo spessimento delle pareti de' condotti, dovuto ora alla loro infiammazione, ora ad un semplice perversimento del movimento nutritivo che à prodotto la ipertrofia di uno o molti degli elementi anatomici che entrano nella loro composizione; più spesso ancora l'aumento di spessezza dipende dalla degenerazione scirroso di questi organi. In alcuni casi il restringimento dipende da uno stato di atrofia delle pareti, che si sono contratte su di se stesse. Questo contrarsi è qualche volta tanto più considerabile in quanto i tessuti hanno cambiato qualche volta di natura; ciò à luogo, per esempio, quando i condotti membranosi o muscolari, subiscono, in seguito di una perversita nutrizione, la trasformazione fibrosa. Qualche volta i condotti si restringono in seguito delle perdite di sostanza; la cicatrizzazione, che in questo caso può aver luogo per ravvicinamento, deve necessariamente produrre una diminuzione nel calibro del condotto; questa coartazione aumenta anche dopo la completa guarigione, in seguito della contrazione della cicatrice o della sua trasformazione in tessuto fibroso. In fine l'ostruzione de' canali può dipendere dalla presenza di un corpo estraneo qualunque impegnato nella loro cavità, o dalla pressione che esercita sopra di essi un tumore sviluppato nella loro contiguità.

Il restringimento può occupare una grande estensione del condotto o essere circoscritto ad uno spazio limitato. Il primo caso si osserva specialmente quando il restringimento congenito dipende da un arresto di sviluppo: il secondo è molto più comune. Il restringimento affetta specialmente i punti del condotto che sono naturalmente meno larghi. Qualunque sia la causa organica esistente, le dimensioni de' condotti e degli orifici naturali non possono essere diminuiti senza che ne risulti un disordine più o meno grave nelle funzioni che loro competono. Questi disturbi possono anche reagire sulla intiera economia, quando la ostruzione colpisce gli organi essenziali alla vita, o quando questa dipende da una causa organica la quale esercita per se stessa una influenza incomoda sulla costruzione; ciò à luogo, per esempio, quando il restringimento dipende da una degenerazione scirroso. Diciamo però in questo luogo, che sebbene assalga un organo importante, in alcuni casi, può andare esente da qualunque disordine grave della economia. Questa à luogo quando l'organo affetto può essere supplito nelle sue funzioni dagli organi congeneri o simili; quindi è che un bronco potrebbe essere chiuso e la ematosi sospesa in un polmone, senza che ne risultasse un gran danno per lo individuo. Vedremo pure che un'arteria principale, e la stessa aorta, possono essere ristrette, chiuse in una certa estensione, e ciò quasi impunemente, per la possibilità che possiede la circolazione impedita o interrotta in questo punto di stabilirsi mediante i vasi collaterali.

Uno degli effetti più costanti de' restringimenti è di produrre la dilatazione de' condotti situati al di sopra dell'ostacolo, ciò che spiegasi perchè materie solide, liquide o gassose, che non possono più oltrepassare il punto contratto o lo sormontano difficilmente soltanto, si accumulano al di sopra di esso. Per lo contrario, la porzione del canale collocato al disotto contraendosi su di se stessa presenta un' ampiezza meno considerabile. La dilatazione meccanica che si forma al di sopra del punto ristretto o chiuso è qualche volta eccessiva; essa può essere portata al punto da produrre la rottura del condotto; più spesso questo s' infiamma, si ammolisce, si ulcera, si fora; ed i fluidi che contiene scappano tosto allo esterno, ora si spandono in una cavità, o nella spessezza de' tessuti che infiammano violentemente, e colpiscono spesso di morte quando il fluido stravasato è, come l'urina o le materie fecali, dotato di proprietà irritanti ed anche settiche.

Ne' restringimenti e nelle chiusure de' condotti bisogna arcare o distruggere l'ostacolo; se tanto non si può ottenere, si cercherà di dilatare. In fine se non è possibile giungervi, si diminuirà per quanto sia possibile la massa de' liquidi destinati ad attraversare il punto ristretto.

DE' RESTRINGIMENTI DEGLI ORIFICII DEL CUORE

Le valvole del cuore sono frequentemente la sede di diverse alterazioni che ne aumentano la spessezza, ne alterano le forme, e fanno sì che gli orifici su i quali sono collocate si trovino più o meno ristretti.

Storia. — Indicate dagli anatomo-patologi dell' ultimo secolo, le lesioni organiche delle valvole sono state più completamente studiate dopo i lavori di Corvisart, e specialmente dopo quelli di Laënnec. Indicheremo siccome quelli che hanno in questi ultimi tempi chiarito viemmaggiormente la storia anatomica e sintomatica della malattia, le ricerche rimarcabili per diversi titoli de' signori Bonillaud (1), Prorry (2), Littré (3), Bizot (4), Forget (5), Fauvel (6), Briquet (7), Illope (8).

(1) *Traité des maladies du coeur.*

(2) *Médecine pratique*, t. II.

(3) *Dictionnaire de médecine*, t. VIII, articolo Coeur.

(4) *Mémoires de la Société médicale d' observation*, t. I. cr

(5) *Gazette médicale*, année 1844.

(6) *Archives de médecine*, année 1845.

(7) *Archives*, année 1846.

(8) *A Treatise of the diseases of the heart.*

Anatomia patologica. — Si conosce che le valvole sono costituite da un doppio strato della membrana interna del cuore, separato da una lamina di tessuto fibroso, densa, e che à il suo maximum di spessezza alla base e sul bordo libero delle valvole. Le alterazioni delle quali queste ripieghe fibro-sierose sono spesso la sede possono avere il loro punto di partenza sopra l'uno o l'altro elemento anatomico che le costituisce. Quindi vedremo che vegetazioni di diverse forme (verruucose o globose), che concrezioni polipose possono organizzarsi sulle valvole, e restringere più o meno gli orifici. Abbiamo pure veduto che nella endocardite, potevano formarsi alla superficie delle valvole molte altre specie di concrezioni, le une albumino-fibrinose, e che altro non sono meno che false membrane analoghe a quelle del pericardio; le altre completamente fibrinose, sono prodotte dal coagulo del sangue. Questi prodotti, accompagnati o pur no da spessimento dello endocardio, restringono sempre l'orificio del cuore sul quale si sono sviluppate. Lo assorbimento interstiziale deve qualche volta farle scomparire; però è certo che in moltissimi casi, resistono a questo lavoro fisiologico, ed allora tosto o tardi van soggette a molte trasformazioni; quindi è che passano allo stato fibroso, fibro-cartilagineo o osseo. Pur tuttavia le alterazioni organiche delle valvole si sviluppano il più delle volte in modo differente, ed indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio manifesto. Quasi sempre la malattia comincia pure dalla lamina fibrosa, e di rado dallo stesso endocardio.

La lesione più elementare delle valvole, quella che più spesso non reca alcun disturbo nelle loro funzioni, consiste nel semplice spessimento del loro tessuto. Questo stato nasce raramente da una lesione del solo endocardio, ma dipende quasi sempre dallo spessimento e da una specie d'ipertrofia della lamina fibrosa, alterazioni che sono almeno due volte più comuni a sinistra che a destra, e che rare prima del quindicesimo anno, sono tanto più frequenti, in quanto gl'individui sono più vecchi. È cosa pur anche degna di attenzione vedere che si manifestano più presto nell'uomo che nella donna (Bizot). In queste stesse condizioni si veggono svilupparsi sulle valvole aortiche, più di rado sulla valvola mitrale, e quasi mai sulle valvole delle cavità destre, queste piccole macchie gialle sottostanti all'endocardio che il Signor Bizot à descritte accuratamente, che si rinvengono su tutto il sistema arterioso, e che, secondo questo distinto osservatore, sono il punto di partenza della materia cretacea, che invade poscia una porzione o la totalità della valvola. In fine, per dar termine alla lista delle lesioni che non turbano sensibilmente il meccanismo delle valvole, ma che debbono restringere debolmente gli orifici, citeremo, sempre se-

condo il Signor Bizot, la formazione, su i tubercoli di Arantius, piccoli corpi albuminosi semi trasparenti, del volume di un granello di miglio o di canapuccia, prima albuminoso e che poi addi viene cartilagineo. Il prodotto di questi corpi è anche l'effetto della vecchiezza.

Nella generalità de' casi, il restringimento degli orifici del cuore dipende dal perchè le valvole sono state invase da una materia cartilaginea, ossea o calcare. Questi prodotti diversi, disposti a guisa di punti isolati e come lenticolari, altra volta a guisa di piastre o in masse, ordinariamente cominciano verso la base o sul bordo libero delle valvole; i punti intermedi non sono invasi che consecutivamente. Le piastre cartilaginee sono piuttosto una trasformazione della membrana fibrosa delle valvole anzichè un prodotto nuovo segregato tra questa membrana e gli strati dello endocardio. Lo induramento cartilagineo si trasforma in fine in una sostanza ossea e cretacea; pur tuttavia in un certo numero di casi, questi ultimi prodotti anno, siccome lo abbi am detto, per punto di partenza, piccole macchie gialle, arrotondate, disseminate sulla valvola, al centro delle quali si forma un piccolo nocciolo osseo, che si aumenta a poco a poco, invade spesso la valvola nella sua totalità, e forma de' prolungamenti nel tessuto carnoso del cuore. Questi prodotti ossei sottostanti alla membrana interna la consumano finalmente e la distruggono, ed allora sono in contatto immediato col sangue. Essi anno diverse configurazioni; vestono pure delle forme bizzarre: gli uni, per la ineguaglianza della loro superficie, anno qualche somiglianza con i calcoli duri: altre volte per lo contrario, la valvola, benchè intieramente cartilaginea o ossificata, à una superficie liscia, levigata, e conserva anche la sua forma naturale.

Quando le alterazioni che abbi amo descritte occupano la valvola mitrale, si trovano ordinariamente più distinte alla faccia inferiore o ventricolare. Quasi sempre la direzione della valvola è cambiata; essa è protuberante nella cavità del ventricolo, il che spiegasi per lo impulso continuo del sangue: i suoi bordi sono spesso immobili, deformati, rovesciati, e la loro spessezza può essere di 7 a 12 millimetri. L'orificio auricolo-ventricolare affetta qualche volta le più bizzarre forme; può essere rotondo come un anello, o ovale; altre volte è una fessura trasversale, simile ad una bottoniera; o pure è rugosa come la circonferenza dell' ano o l'apertura di una borsa quasi chiusa (Bouillaud). Il restringimento è più o meno considerabile. Si è veduto, ne' casi estremi, l' orificio auricolo-ventricolare sinistro, il quale, nello stato normale, e nel periodo di sedici a settantatré anni, offre, secondo il Signor Bizot, circa 101 millimetri (45 linee 17/30) di sviluppo nell' uomo e 92 (41

linee 1/3) nella donna, presentare solamente un diametro di 7 millimetri, differenza talmente enorme che appena spiegasi come la vita abbia potuto durare qualche tempo con una sì grave alterazione.

Le valvole sigmoidi dell'aorta indurate presentano diverse figure. Ora semplicemente spessite, conservano le loro forma e la loro posizione; il più delle volte sono deformi. Quindi alcune volte una o molte tra esse sono collocate le une sopra le altre nel senso della loro lunghezza, in modo da imitare certe conchiglie; altre sono distaccate in parte e galleggiano o sono aderenti alle pareti dell'aorta, ec. L'orificio aortico che nello stato normale, presenta uno sviluppo di 70 millimetri nell'uomo, e circa 65 nella donna, secondo il Signor Bizot può restringersi allo stesso grado dell'orificio auricolo-ventricolare.

Le alterazioni che abbiamo descritte sono molto più comuni nelle cavità sinistre del cuore che nelle cavità destre. Clendinnig pensa che si osservano sedici volte più spesso, e Høpe venti volte più nelle prime che nelle seconde. Bisogna pure ammettere che negli orifici del cuore destro non si osservano che gl'induramenti fibrosi o tutto al più cartilaginei. Questa differenza è stata spiegata, dagli uni, con Corvisart e Høpe, perchè l'organizzazione fibrosa, essendo più distinta nelle valvole sinistre che sulle destre, predisponessa più le prime a subire le trasformazioni cartilaginee e cretacce; altri, col Signor Bouillaud, riportano la frequenza delle alterazioni a sinistra alle qualità più stimolanti del sangue col quale sono in contatto. Quest'ultima opinione è sembrato tanto più probabile in quanto che, siccome verrà detto in seguito, i restringimenti degli orifici del cuore destro sono stati spesso osservati ne' casi di comunicazione contro natura tra le cavità destre e le cavità sinistre (vedi *Cianosi*).

Ne' restringimenti degli orifici cardiaci esiste quasi sempre una ipertrofia con dilatazione della cavità situata dietro il restringimento. La ipertrofia spiegasi per la violenza maggiore delle contrazioni, e per lo aumento di nutrizione che n'è la conseguenza. La dilatazione risulta dal ristagno abituale del sangue nella cavità, il quale non può allora vuotarsi completamente a ciascuna contrazione, in ragione della strettezza dell'apertura.

Sopra i cadaveri, di quelli morti per restringimento degli orifici cardiaci, si trovano in oltre la maggior parte delle alterazioni che accompagnano le altre affezioni organiche del cuore. sono gl'infiltramenti sierosi, i versamenti nel peritoneo e nelle pleuri, l'ingorgo de' polmoni, i quali presentano spesso anche molti noccioli apoplettici. In fatti non esiste malattia di cuore che determinasse tanto facilmente le congestioni sierose e sanguigne quanto i restringimenti degli orifici.

Nella maggior parte de' casi, le alterazioni precedenti non solo producono un restringimento degli orifici del cuore; ma le valvole, divenute immobili, non compiono più le loro funzioni, e permettono al sangue di rifluire in parte nelle cavità, dopo esserne stato espulso dalla contrazione sistolica: allora si dice che le valvole sono *insufficienti*. Però, siccome la insufficienza delle valvole non esiste sempre con un restringimento dell'orificio, e siccome essa dipende spesso da molti altri stati morbosi, crediamo dover descriverla come una malattia distinta; ciò verrà da noi praticato in seguito; per ora ci occuperemo soltanto de' restringimenti semplici, cioè senza insufficienza.

Sintomi. — Ne' restringimenti di uno o molti degli orifici del cuore, la maggior parte degli ammalati provano una dispnea abituale e le palpitazioni; il polso è piccolo, ineguale, irregolare, intermittente, di una frequenza variabile. La percussione della regione precordiale indica quasi sempre una oscurità di suono più estesa e più completa in ragione della ipertrofia e della dilatazione che il cuore ha subito nella quasi totalità de' casi. In ragione di questa ipertrofia la mano e l'orecchio applicati al livello del cuore ricevono una scossa, un impulso più forte del solito. Alcune volte la mano prova la sensazione di un fremito vibratorio affatto particolare, che Corvisart, che descrisse il primo, chiamò *rumore* o *fremito di pigolamento*, perchè somiglia molto al rumore che fanno i gatti quando si accarezzano. Ascoltando la region precordiale, si trova che uno de' rumori naturali del cuore è mascherato o rimpiazzato da un rumore morboso che imita qualche volta il rumore del soffiutto (rumore di *soffio* o di *soffietto*); altre volte è aspro e duro simile al rumore che dà una raspa o una lima che si strofina sopra un pezzo di legno (*rumor di raspa*, *rumor di lima*); in altri è un rumore che si paragona, con Laënnec, a quello che dà una sega che agisce ad una certa distanza, o pure, col Signor Bouillaud, al suono prolungato della lettera S (*rumor di sega*); in fine non è raro sentire un rumor musicale o di sibilo che ricorda ora il rantolo sibilante dei bronchi o il grido del pigolamento del pulcino (*rumore di pigolamento*, *soffio musicale*).

Tutti questi rumori, che poi in tutto, altro non sono che modifiche del rumor di soffio, possono essere semplici, o doppi. Di rado sono osservati in tutta l'estensione della regione precordiale; in tutti questi casi, offrono un maximum d'intensità in un punto più o meno circoscritto, e che non varia affatto. Questi rumori sono ora deboli ed appena percettibili; altra volta forti. Alcuni, come i rumori di raspa o di lima, e specialmente il rumore di pigolamento, possono essere avvertiti da' malati; quest'ultimo, se è molto fragoroso, può anche

essere inteso ad un metro e più di distanza. Questi rumori morbosì sono ora bruschi, ora prolungati; non solo possono mascherare uno de' rumori naturali del cuore, ma pure riempire una parte o la totalità del tempo del silenzio. Oltre a che sono variabilissimi, e presentano una forza, una intensità, un timbro che variano da un giorno all'altro; possono anche cessare momentaneamente o cambiare affatto di carattere, quantunque la lesione organica persiste allo stesso grado o pure continua ad aggravarsi. In questi casi di restringimenti, e specialmente, nel restringimento dell'orificio auricolo-ventricolare, osservasi qualche volta un pervertimento tale nel ritmo de' battiti del cuore che, per una sola contrazione, si sentono tre ed anche quattro rumori distinti. Il Signor Bouillaud è stato il primo che à chiamato l'attenzione su questo rimarcabile fenomeno. Quando si sentono tre rumori, ordinariamente è il secondo quello che si è ripetuto (Barth e Roger); il terzo rumore che ne risulta imita benissimo, siccome lo à detto il Signor Bouillaud, il ritmo di un martello che dopo aver colpito il ferro, cade sulla incudine, risalta e ricade immobile. Altra volta potrebbe osservarsi, come è accaduto a questo autore ed a' signori Barth e Roger dopo di lui, così: *tic.... tac-tac; tic....tac-tac*; qualche volta è il primo rumore che è doppio, ed il terzo rumore che ne risulta imita benissimo, secondo il Signor Bouillaud, il *richiamo del tamburo*. In alcuni casi finalmente, in vece di un doppio rumore, non se ne avverte che un solo. Allora il secondo è quasi sempre quello il quale è talmente debole che finisce di essere distinto; più spesso ancora, il secondo rumore sembra mancare, perchè il primo è talmente prolungato in seguito della sua trasformazione in soffio, che copre il secondo e lo assorbe.

In questi restringimenti degli orifici ventricolari o arteriosi osservansi al massimo grado tutti gli accidenti che accompagnano la maggior parte delle malattie organiche del cuore; quindi gli ammalati, abitualmente anelanti, sono minacciati di tempo in tempo da accessi di soffogazione, specialmente la notte; il loro sonno è penoso ed interrotto frequentemente da risvegliamento con sussulti; le vene giugulari sono gonfie, spesso agitate da pulsazioni isocrone a quelle delle arterie (*polso venoso*) la faccia è enfiata, le labbra e le gote sono azzurrognole o di un rosso venoso; in altri la faccia è gonfia ma pallida, gli estremi inferiori s'infiltrano; lo edema si spinge dal basso in alto, e può estendersi a tutto il corpo; il siero si spande nel ventre, spesso ancora in una delle cavità del petto o in tutte due contemporaneamente, ciò che aumenta oppressione, già penosissima: il sangue si stagna ed ingorga molti organi: quindi il fegato aumenta di volume, oltrepassa di molte dita

trasverse il bordo costale, lo stesso accade spesso della milza, ma molto più di rado; le parti posteriori e la base de' due polmoni sono ingorgate siccome vien provato dalla diminuzione del suono, dalla espansione polmonale e dalla esistenza di un ranto sottocrepitante, fenomeni che si riportano indifferentemente ad una congestione sierosa (edema) o sanguigna. Siccome abbiain detto, spesso i noccioli di apoplezia polmonale si formano; gli ammalati sputano allora una minore o maggior quantità di sangue. Una cefalalgia gravativa e spesso uno stato subapopletico indicano l'ostacolo della circolazione cerebrale. In fine la stasi del sangue ne' capillari della pelle è specialmente distinta alla faccia ed alle mani, dove i tegumenti acquistano una tinta violacea e come cianotica. In questo stato, le forze declinano, poi gli ammalati periscono. Gli uni muoiono per un ostacolo immenso nella circolazione; altri periscono in uno stato di asfissia o pure di botto e per sincope; alcuni, in un accesso di ortopnea, in fine molti periscono con una malattia intercorrente suscitata dalla malattia del cuore, come una emorragia cerebrale, polmonale o intestinale, una risipola cangrenosa delle membra infiltrate, ec.

Corso, durata. — I restringimenti degli orifici cardiaci sieguono in generale il corso delle malattie croniche; eccettuati i casi in cui la malattia è prodotta da una endocardite, lo sviluppo è oscuro, e spesso accade, specialmente ne' vecchi, che l'alterazione delle valvole è già considerabile senza che ne risulti ancora alcun disturbo manifesto nelle funzioni della respirazione e della circolazione. In altri ammalati, si osservano sin dallo sviluppo alcune palpitazioni, dispnea o accessi di oppressione, sintomi soltanto passeggeri e non si manifestano spesso che a lunghi intervalli tra i quali la salute in apparenza è perfetta. Però presto o tardi gli accidenti si aggravano e non cessano più; la dispnea è allora abituale; lo ammalato è incapace di dedicarsi ad alcun lavoro difficile. Lo edema delle membra si manifesta e scompare molte volte prima di essere permanente. Questa circostanza, siccome l'osserva ragionevolmente il Signor Chomel, si osserva spesso prematuramente in ragione delle fatiche e delle privazioni alle quali gli ammalati della classe operaria sono sottoposti, e non è cosa straordinaria vedere, che collocandoli in migliori condizioni, la idropisia diminuisce o scompare. Negli individui ricchi, per lo contrario, ne' quali lo infiltramento comparisce più comunemente pel solo effetto de' progressi della malattia organica, si vede più raramente lo edema scomparire affatto. Checchè ne sia, è cosa rara che dopo la terza volta lo edema non addivenga permanente.

I restringimenti delle valvole hanno avuto una durata illimitata; non è cosa rara vedere la malattia rimaner stazionaria,

e permettere all' ammalato di percorrere una lunghissima carriera; però questi fatti sono poco comuni ed eccezionali.

Diagnosi. — Per rendere completa la diagnosi bisogna 1.° stabilire che avvi un restringimento; 2.° determinare l' orificio ristretto; 3.° quale è la natura dell' alterazione, 4.° precisare se il restringimento è semplice e se avvi contemporaneamente insufficienza; 5.° finalmente se esiste qualche lesione consecutiva nel cuore e nell' aorta.

Alcuni autori moderni, esagerando il valore di molti segni, han creduto che la diagnosi de' restringimenti degli orifici del cuore era più facile di quello non lo è realmente. Oltre a che questa diagnosi non sarebbe stabilita che per la esistenza *simultanea* di molti sintomi. Quindi un rumore permanente di soffio, di raspa, di sega alla region precordiale, coincidendo con un polso irregolare, ineguale, intermittente, con dispnea e gli altri segni delle malattie del cuore, indicherà in una *maniera quasi certa, ma non indubitata*, che esiste un restringimento di uno o molti orifici cardiaci. Se mi esprimo con tanta riserva, si è per aver veduto mille volte tutti questi segni riuniti in individui i quali perivano per una ipertrofia con dilatazione delle cavità sinistre del cuore, senza alcun' alterazione delle valvole e degli orifici: o pure osservato individui i quali quantunque colpiti da restringimento considerabile di uno degli orifici del cuore, non presentavano alcun rumore morboso alla region precordiale. Questi stessi fatti non sono rarissimi, specialmente ne' vecchi, dunque non sapremmo considerare con alcuni autori i restringimenti delle valvole siccome quelli che debbono sempre produrre alcuni rumori morbosi. Oltre a che possiamo qui appoggiarci alla testimonianza de' signori Chomel, Piorry, Forget, e di molti altri i quali hanno osservati gli stessi fatti di noi. Il Signor Forget invoca, per spiegare quest' anomalia, una circostanza non ancora indicata, è il grado di forza delle contrazioni del cuore. Se questa forza è troppo grande, può risultarne un tumulto ed una confusione che snaturano i rumori caratteristici, ma stabilendosi la calma, i rumori morbosi si fanno distinti. Se poi la forza del cuore è minore, i rumori non esistono affatto, per la semplicissima ragione che le valvole cessano di vibrare come lo fanno le corde di uno strumento troppo mollemente toccate dall' arco.

Da tutto ciò che precede risulta che può diagnosticarsi un restringimento degli orifici; ma siccome non esiste alcun segno particolare, ne alcun insieme di segni veramente patognomonici, non potrassi mai avere (se mi è permesso esprimermi in tal modo) che una semi certezza.

Per determinare quale è l' orificio ristretto, si è detto aver riguardo 1.° al tempo durante il quale il rumore morboso esi-

ste; 2.° al punto della regione precordiale dove si scorge, e dove presenta il suo maximum d'intensità: 3.° a certe modifiche che provano alcuni de' sintomi ordinari, come il polso ed disturbi respiratori. Quindi, allorchè il restringimento è a sede all'orificio aortico, avvì qualche volta un fremito di pigolamento alla regione precordiale; i rumori di soffio e di raspa si sentono durante il primo rumore o poco dopo il cominciamento del primo rumore normale; essi sono limitati, o almeno hanno il loro massimo d'intensità al livello del bordo inferiore della terza costa presso lo sterno, e si prolungano sul tragitto dell'aorta in una estensione di 6 a 8 centimetri. Nel restringimento dell'orificio auricolo-ventricolare sinistro, non si scorge mai fremito di pigolamento; il rumore morboso esiste al secondo tempo ed è il suo maximum verso la punta o al mezzo del ventricolo sinistro, e scompare al di sopra della base dell'organo: in fine, siccome l'osservano Hope ed il Signor Briquet, allora è che il polso è piccolo, ineguale irregolare, intermittente. Notiamo però che questi stessi caratteri del polso possono osservarsi nel restringimento aortico; ma allora sono per lo più meno marcati, ed hanno luogo soltanto quando la contrazione è moltissima.

Senza voler contestare in modo assoluto il valore di tutti i segni precedenti, sostengo però che non bisogna contare su di essi per stabilire la diagnosi certa. In fatti da una parte vediamo il polso piccolo, ineguale, intermittente, che può esistere ne' restringimenti degli orifici ventricolare sinistro ed aortico; per conseguenza non può essere un segno distintivo. In oltre i caratteri differenziali che pretendono cavare da' punti ove i rumori morbosi avrebbero il loro maximum d'intensità, ne' restringimenti auricolo-ventricolari o arteriosi, possono avere qualche fondamento ne' casi rari dove il cuore ha conservato il suo volume. Però sappiamo che quasi sempre quest'organo è colpito da atrofia e da dilatazione: ora, in questo stato, i rapporti degli orifici tra essi e con i diversi punti della regione precordiale sono cambiati. Si vede dunque con quale circospezione bisognerà, da questo dato, *azzardare*, una diagnosi sulla sede del restringimento verso l'uno o l'altro degli orifici delle cavità sinistre. La idea generalmente regnante che nel restringimento dell'orificio auricolo-ventricolare sinistro, il rumore di soffio esiste al *secondo tempo* non è affatto fondata ed è stata emessa per semplice induzione, mentre non si potrebbe invocare alcuna clinica osservazione in suo favore. I fatti patologici, quelli specialmente pubblicati da' signori Beau, Briquet e Fauvel, hanno pure dimostrato che anzi al *primo tempo* si produceva il rumore normale nel restringimento dell'orificio auricolo-ventrale sinistro. Il Signor Fauvel crede di più che il rumore normale

non si produce affatto precisamente al momento istesso del rumore fisiologico, ma un poco prima; in modo che qualche volta il rumore morboso termina al momento istesso quando comincia il primo rumore normale, mentre che negli altri, avendo incominciato alquanto prima, continua ad estendersi sino alla fine del primo rumore. Quindi il Signor Fauvel conchiude dalle sue ricerche che un rumore normale localizzato verso la punta del cuore, e precedendo di pochissimi istanti il primo rumore, è il segno stetoscopico *più probabile* di un restringimento dell'orificio auricolo-ventricolare sinistro. La circostanza indicata dal Signor Fauvel merita di fissare da ora in poi l'attenzione de' medici; però non conta ancora in suo favore un numero di fatti sufficienti per stabilirne un segno affatto patognomonico.

Chechè ne sia, nello stato attuale della scienza, i segni che dovranno menare alla diagnosi di un restringimento dell'orificio auricolo-ventricolare sinistro sono: 1.° un rumor di soffio, di lima o di raspa, che *comincia alquanto prima* del primo rumore, e cessa quando questo si fa sentire o si prolunga in tutta la sua durata; 2.° il prolungamento del rumore anormale *verso la punta del cuore*; la sua scomparsa *al di sopra della base dell'organo*; 3.° la picciolezza, la intermittenza e la irregolarità del polso. Per lo contrario, i segni indicatori del restringimento aortico sono un rumore morboso che comincia *contemporaneamente o poco dopo* il principiar del primo rumore normale, avendo il suo maximum al bordo inferiore della terza costa, e che si prolunga nella direzione dell'aorta.

Esiste forse anche maggiore incertezza per conoscere i restringimenti delle cavità destre e per distinguerli tra loro dai precedenti. Si è attribuito a' restringimenti dell'orificio arterioso polmonale di produrre un rumor di soffio o di raspa al primo tempo, avendo il suo maximum d'intensità non a destra e dietro lo sterno, ma a sinistra e a poco presso nel punto ove esiste ancora il maximum di soffio nel caso di restringimento aortico: però si è creduto trovare un carattere distintivo dicendo che il rumore morboso è più vicino all'orecchio quando è luogo nell'arteria polmonale anzichè nell'aorta, in ragione della posizione più superficiale di questo vaso. Questo segno, bisogna convenirne, molto equivoco, e forse ancora è stato stabilito meno dietro la esperienza che dalla semplice induzione. In quanto al segno differenziale indicato dal Signor Piorry consistente a dimostrare che nel restringimento aortico, il rumore morboso sarebbe ascoltato da lontano, mentre che in quello dell'orificio polmonale, sarebbe circoscritto nel breve spazio ove esiste il vaso, non ha ancora un valore sufficientemente stabilito. In fine, per dar termine diremo che si è riportato al restringimento auricolo-ventricolare destro un rumore morboso al secondo tempo, che à

sede presso lo sterno , allo stesso punto del restringimento dell' orificio corrispondente del cuore sinistro: però si aggiunge che il polso radiale offre meno irregolarità , e che il polso venoso è più distinto e la dispnea più considerabile. Questi segni pretesi differenziali sono più vaghi di tutti quelli che precedono ; osserviamo in oltre , che il rumore morboso non à luogo nel secondo tempo , come si è detto , ma al primo , o forse , come sembra aver luogo per l' orificio ventricolare sinistro , alquanto prima del rumor fisiologico. In riassunto , se qualche volta i restringimenti delle cavità destre del cuore , s' *indovino* non si può stabilire alcuna regola per poterli diagnosticare con qualche certezza. In un soggetto così oscuro bisognerebbe servirsi del mezzo proposto dal Signor Littre , e sul valore del quale non posso ancora pronunziarmi. Esso consiste a cercar separatamente il tic-tac appartenente a ciascuna metà del cuore: quindi allorchè avvi restringimento nelle cavità sinistre , il rumore naturale si produce all' orificio corrispondente delle cavità destre : applicando poi l' orecchio più di lontano , come sullo sterno , a destra di quest' osso , o anche meglio all' epigastrio , si finisce di sentire il rumore morboso del cuore sinistro e non si distingue più il tic-tac naturale del cuore destro. Il contrario avrebbe luogo nel restringimento delle cavità destre: qui il rumore morboso che sarà prodotto oscurerebbe il tic-tac del cuore sinistro che troverebbesi intatto lungi dalla regione precordiale. In fine se le due metà del cuore fossero simultaneamente affette , bisognerebbe trovare , secondo il Signor Littre , lungi dal cuore e da' due lati del petto , un rumore morboso. Si è pur messo in pratica questa maniera di esplorazione onde precisare quale fosse l' orificio ristretto ; quindi il Signor Briquet à veduto che nel restringimento dell' orificio auriculo-ventricolare , quando si ascolta [ad una certa distanza , non solo non si avverte più il rumore morboso , ma il primo rumore normale che in questo caso si sente è debole sordo e prolungato , mentre che il secondo conserva la sua chiarezza e la sua forza.

Il carattere de' rumori morbosi è la sola circostanza dietro la quale possi fondare qualche *presunzione* sulla natura delle alterazioni. Quindi un rumore secco , simile a quello che produce lo strofinio di due lamine di pergamena (*bruits parcheminés* del Signor Bouillaud) si liga qualche volta ad un semplice spessimento fibroso delle valvole , accompagnato o pur no da restringimento. In generale il rumor di soffio si osserva ne' restringimenti fibrosi , cartilaginei , a superficie levigata ; i rumori di raspa , di lima , di sega , in quelli che sono aspri ed ineguali ; il rumore di pigolamento esiste indifferentemente con tutte le lesioni. Pur tuttavia non bisogna mettere in non cale che la maggiore o minor forza nelle contrazioni può di per se dimi-

nuire o modificare il carattere de' rumori morbosi. Non esiste alcun segno proprio a distinguere i restringimenti semplici dalla insufficienza delle valvole; ma ne parleremo trattando di questa ultima affezione. Rimandiamo il lettore agli articoli *Iper-trofia e Dilatazione* del cuore per apprendere per quali segni si distinguono queste lesioni le quali vengono a complicare i restringimenti.

Pronostico. — Consideriamo i restringimenti fibrosi, cartilaginei e cretacei siccome necessariamente incurabili. Si è preteso, ma senza darne la prova, che i restringimenti dell'orificio ventricolare erano più pericolosi di quelli dell'aorta. Per contrario di quel che à luogo in molte malattie, queste lesioni sono meno gravi ed occasionano minori incomodi ne' vecchi che ne' giovani. Quelli di origine infiammatoria sono i più pericolosi in ragione del loro corso più rapido. La ipertrofia e la dilatazione consecutiva sono due circostanze che aggravano sempre il pronostico; perchè si concepisce che più il cuore s'ingrandisce più esiste sproporzione tra le cavità e l'orificio ristretto.

Etiologia. — Non cade dubbio che in moltissimi casi, i restringimenti cardiaci hanno un'origine infiammatoria, ed allora si manifestano quasi sempre in seguito degli attacchi di reumatismo articolare acuto; ne è raccolto molte osservazioni. Nella maggior parte de' casi però, il restringimento si sviluppa sordamente, lentamente, senza che si potesse a nessuna epoca dimostrare la esistenza di una infiammazione della membrana interna del cuore. Nell'autopsia, i prodotti fibrosi, cartilaginei, ossei delle valvole non saprebbero per se stessi dinotare un'antecedente infiammazione, perchè se è vero che i prodotti della infiammazione, come le false membrane, possono qualche volta subire le trasformazioni cartilaginee o cretacee, non è però meno dimostrato che quasi sempre le trasformazioni cartilaginee e le ossificazioni naturali o morbose nascono spontaneamente sotto la influenza soltanto di un perversimento della nutrizione, nella stessa maniera delle ossificazioni delle arterie. Ecco perchè i restringimenti cardiaci si osservano specialmente in gran numero ne' vecchi. Però non si potrà dire che non potessero esistere nella più tenera età. Quindi il Signor Bouillaud ne à raccolto degli esempi in quelli che non ancora avevano toccato il loro decimo anno, ed anche i dieci mesi: in alcuni casi, i restringimenti costituiscono una lesione congenita: essi hanno sede comunemente nelle cavità destre, e come lo diremo in seguito, essi sono una delle cause della persistenza del foro di Botai. Il vizio reumatico prenderebbe parte al prodotto delle concrezioni calcari delle valvole? Si dice, la cosa è possibile, però non è ancora dimostrata.

Cura. — Se il restringimento à una origine infiammatoria, i prodotti segregati sono ancora suscettibili di essere assorbiti. Si dovrà sperare la risoluzione insistendo sulle depiezioni sanguigne, su i rivellenti applicati sulla mucosa digestiva e sulla pelle della regione precordiale mediante i vescicanti, i cauteri la moxa. Se poi il restringimento è antico, se gli anelli delle valvole sono già cartilaginee o ossee, qualunque sia stato il suo punto di partenza, si può opporre a questi accidenti una cura palliativa soltanto, e ritardare gli ulteriori progressi che la malattia farà necessariamente. Per ottenere quest' ultimo risultato, si consiglia agli ammalati di cessare dalle penose occupazioni, evitare le fatiche corporali, le emozioni morali; faranno uso di un regime dolce e non cometteranno alcun eccesso della tavola; abiteranno luoghi asciutti, ben esposti; porteranno la flannela sulla pelle. Se esistono segni d' ipertrofia, si praticheranno di tempo in tempo alcuni salassi, si favorirà un flusso sanguigno verso l'ano con alcune applicazioni di sanguisughe e coll' amministrazione continua delle pillole aloetiche. Si ecciterà la segregazione urinaria mediante i diuretici, e quella dello intestino con alcuni blandi purganti dati di tempo in tempo. Però un simile regime non conviene che in quelli individui giovani e forti, e tornerebbe nocivo ne' vecchi. Quando per lo contrario il cuore è molto dilatato, e le sue contrazioni sono deboli, si cerca di rianimarle con un buon regime, coll' uso degli amari, de' tonici e le preparazioni marziali. La digitale sarà impiegata soltanto ne' casi di frequenza estrema del polso; crediamo che nella maggior parte de' restringimenti cardiaci, questo medicamento è nocivo quando agisce come sedativo del cuore. Non bisogna mai perdere di vista che nella malattia di cui parliamo, avvi sproporzione tra una delle cavità del cuore e l' orificio corrispondente, da dove risulta che questa cavità non può vuotarsi che incompletamente; è dunque utile che, per supplirvi e per prevenire la dilatazione dell' organo, questo si contrae un poco più spesso: da ciò la necessità di una frequenza maggiore del polso. Dunque non bisogna cercare a moderare questa colla digitale che ne' casi dove essa è eccessiva.

DE' RESTRINGIMENTI E DELLE CHIUSURE DELLE ARTERIE

Cause. — Non esiste forse alcuna delle arterie principali del corpo che non siasi trovata ristretta o chiusa. Il restringimento può essere congenito o accidentale, il primo occupa ordinariamente una vasta estensione ed anche un vaso in tutta la sua lunghezza; sembra risultare da un semplice arresto di svi-

luppo senz' alcuna alterazione distinta nella struttura delle pareti. Ci sembra pure dover considerare come di una natura congenita, una forma rarissima di restringimento consistente in una contrazione molto circoscritta, simile a quella che produrrebbe una ligatura, ma senza alterazione delle pareti arteriose. Nella immensa parte de' casi, i restringimenti delle arterie, ed a maggior ragione la loro completa chiusura, sono lesioni accidentali, consecutive all' arterite o a diverse alterazioni sopravvenute sulle pareti arteriose.

L' arterite produce più spesso la chiusura completa del vaso anzichè un restringimento semplice: essa agisce determinando la esalazione di una materia albuminosa, concreta, ed il coagulo del sangue. Il semplice restringimento risulta ordinariamente da uno spessimento di molte delle tuniche arteriose o da trasformazioni, e specialmente dalla trasformazione cartilaginea che hanno subito, o pure da' prodotti accidentali che si formano nella loro spessezza o alla loro faccia interna: tali sono i depositi ateromatosi, calcari, cretacei, e le ossificazioni. Questi diversi prodotti, gli ultimi specialmente, danno alla faccia interna del vaso un aspetto ineguale, ed impediscono più o meno il corso del sangue, il cui corso è pure ritardato dalla diminuzione o dalla perdita di elasticità e contrattilità del vaso. Queste circostanze tendono dunque a produrre il coagulo del sangue; questo ha luogo specialmente sulle lamine calcari che sono in contatto col fluido dopo la distruzione della membrana interna. La massa di fibrina in tal guisa precipitata su questo nocciolo aumenta a poco a poco, ed il vaso si chiude in fine completamente. Si è pur veduto la rottura della membrana interna operarsi ne' movimenti bruschi di stendimento (il che può aver luogo però solamente quando le pareti sono ammalate), e produrre ancora la chiusura del vaso; perchè la membrana rotta, rovesciandosi allo interno, forma un argine, sul quale il sangue si coagula tanto più facilmente in quanto che spesso succede in questo punto una piccola esalazione plastica consecutiva alla infiammazione traumatica. Quest' ultima causa di chiusura arteriosa, indicata dal Signor G. W. Turner, è rarissima; è facilissima cosa vedere, per lo contrario, vasi arteriosi chiudersi ad un tratto per i grumi sanguigni che si formano indipendentemente dalla infiammazione o per qualunque altra lesione delle pareti vascolari, ma unicamente sotto la influenza di un' alterazione del sangue addivenuto accidentalmente più concrescibile. Abbiamo già stabilito precedentemente come probabile che i grumi o le concrezioni albuminose, formate sopra un punto dell' albero arterioso, e specialmente sul cuore, potevano distaccarsi ed essere portati dal movimento circolatorio nella cavità di un vaso il quale poteva essere completamente chiuso co-

me per mezzo di un turaccio; forse secondo questo meccanismo sono prodotte molte chiusure delle arterie delle membra. In fine si comprende che le arterie, come tutti gli organi cavi, avendo le pareti flessibili, possono essere ristretti e chiusi per la pressione esercitata da qualche tumore esterno. In riassunto il maggior numero delle chiusure arteriose essendo consecutive a qualche alterazione di tessitura delle pareti vascolari, si spiega perchè si osservano più frequentemente ne' vecchi che ne' giovani, ed anche perchè sono più comuni nelle membra delle pelvi che nelle membra toraciche.

Cambiamenti che hanno luogo nelle arterie dopo la loro chiusura. — Le arterie chiuse sono piene di grumi neri, fibrinosi, più o meno aderenti alla membrana interna; essi addiventano tanto più duri o più densi, e si scolorano tanto maggiormente in quanto sono più antichi. Invecchiandosi, le loro molecole si ravvicinano, le pareti vascolari li sieguono nel loro ritirarsi; alla fine di un tempo più o meno lungo il grumo e l'arteria sono confusi, ed il vaso ne' punti chiusi è convertito in un cordone duro, fibroso o cartilagineo, il quale può occupare una vasta estensione dell'arteria. In questi casi la vita non è potuta continuare che per la dilatazione delle anastomosi, e forse ancora per lo sviluppo di novelle arterie che hanno condotto il sangue nelle ramificazioni periferiche dell'arteria chiusa.

Accidenti prodotti dalla chiusura delle arterie. — Gli effetti della chiusura delle arterie variano molto secondo la estensione e la causa di questa chiusura. Se questa affetta l'arteria principale di un membro in tutta o quasi tutta la sua lunghezza, la gangrena è quasi inevitabile. In altri si è manifestata una paralisi (Rostan e Bogros), o pure la nutrizione languisce, e le parti si veggono dimagrire ed atrofarsi progressivamente. Analoghi effetti si osservano per parte de' visceri; quindi è che alcune gangrene polmonali hanno per punto di partenza la chiusura delle arterie bronchiali, e si conosce pure che la chiusura de' principali tronchi delle arterie cerebrali può dar luogo alla gangrena (Bérard), e più spesso ancora lo ammolimento bianco polposo della porzione di cervello alla quale esse si distribuiscono (Rostan). La gangrena, per lo contrario, è un accidente estremamente raro, e la nutrizione non è quasi mai colpita quando la chiusura assale solamente una piccola estensione dell'arteria, specialmente quando essa si è formata progressivamente.

Dopo aver esposto in modo generale la patogenia de' restringimenti e delle chiusure delle arterie, ed i principali accidenti che sono gli effetti, ci rimane a studiare quest'alterazio-

ne in particolare in alcune porzioni dell'albero arterioso, e specialmente nell'arteria polmonale, nell'aorta e nelle arterie delle membra.

RESTRINGIMENTO E CHIUSURA DELL' ARTERIA POLMONALE

La vita è incompatibile colla chiusura dell'arteria polmonale, a meno che, per qualche disposizione congenita di cui faremo parola all'articolo *Cianosi*, il sangue delle cavità destre non trovi un'uscita qualunque al di fuori. L'arteria polmonale può anche, in seguito di un arresto di sviluppo, presentare una capacità molto meno considerabile, che non è più in rapporto colla quantità del sangue che deve naturalmente attraversarla. Questa Disposizione può per qualche tempo non risvegliare alcun disturbo manifesto; ma il ventricolo destro non potendosi mai vuotare completamente, o forse obbligato di contrarsi violentemente per lottare contro l'ostacolo permanente che risulta dal poco sviluppo dell'arteria polmonale, cade finalmente nella ipertrofia e nella dilatazione, ed allora gli ammalati presentano o presto o tardi tutti i sintomi di una malattia organica del cuore.

I restringimenti e le chiusure accidentali dell'arteria polmonale sono rarissimi, (ed anno luogo solamente per la compressione che esercita sopra il vaso un tumore esterno, come un aneurisma dell'aorta, siccome il Signor Louis lo à una volta osservato; o pure, e ciò può accadere più spesso, à luogo per la formazione di conerezioni sanguigne, alterazione sulla quale il Signor Baron figlio à chiamato l'alterazione pochi anni fa (*Archives* 1828). Qualunque possa esser tra queste cause quella che esiste, se l'ostacolo è molto, gli ammalati provano dispnea estrema. Il polso è piccolo, debole, irregolare, insensibile; spesso anno luogo di tempo in tempo le sineopi. Questi accidenti, generalmente continui, possono non pertanto presentarsi sotto forma di accessi quando il restringimento arterioso è lo affetto di una compressione esterna, che può variare a seconda di moltissime circostanze. Non accade lo stesso quando il restringimento arterioso è lo effetto della formazione di grumi fibrinosi: in questi casi, gli accidenti si aggravano mai sempre, ed anno un corso più o meno rapido, secondo la prontezza colla quale i grumi si formano ed invadono le principali ramificazioni o il tronco stesso del vaso. Perciò un ammalato de' signori Louis e Richelot è perito tra lo spazio di cinque o sei ore.

La diagnosi de' restringimenti dell' arteria polmonale è quasi impossibile; è una delle lesioni che bisognerà sospettare quando si osserva l' insieme degli accidenti precedentemente descritti, specialmente quando questi non possono essere spiegati per la presenza di qualche altra alterazione grave degli organi respiratori.

Se si potesse diagnosticare un restringimento dell' arteria polmonale, bisognerebbe insistere sulle emissioni sanguigne, affin di diminuire la massa del sangue, ed amministrare di più le sostanze alcaline ad alta dose se si supponesse che l' ostacolo fosse prodotto da un coagulo di questo liquido.

DE' RESTRINGIMENTI E CHIUSURE DELL' AORTA

Le prime osservazioni di restringimenti e di chiusure dell' aorta non rimontano che alla metà del Secolo XVII.^o Da quest' epoca in poi è stato pubblicato un gran numero di esempi; la maggior parte di questi fatti sono stati analizzati dal Signor Barth, in un lavoro che questo abile medico ha inserito nella *Presse médicale*, e che disgraziatamente è rimasto incompleto. Da questo autore prenderemo in prestito la maggior parte dei dettagli che sieguono.

Etiologia ed anatomia patologica. — Siccome l'arteria polmonale, ma più frequentemente di essa, l' aorta à qualche volta in tutta la sua lunghezza, ed in seguito di un arresto nel suo sviluppo, un calibro poco considerabile; l' abbiamo veduto molte volte permettere appena la introduzione dell' indice. Questo vizio di conformazione non può essere diagnosticato; non ne faremo parola in questo luogo, ma lo indicheremo soltanto siccome atto a dar luogo o presto o tardi allo sviluppo di una malattia organica del cuore (ipertrofia con o senza dilatazione); almeno tutti i fatti, al numero di cinque o sei, che abbiamo osservati sin oggi, confermano questa opinione. Molti degli individui che presentano questa disposizione erano andati soggetti per tutto il corso della loro vita a palpitazioni ed a dispnea. I casi di restringimenti e di chiusura dell' aorta, de' quali dobbiamo occuparci in modo speciale in questo luogo, sono quasi limitati ad una piccola estensione del vaso. Si trovano negli autori circa ventotto osservazioni di questo genere; ne' tredici casi l' arteria era più o meno ristretta, ed in quindici individui era completamente chiusa. L' ostruzione presenta differenti gradi; può esser tale da permettere appena la introduzione di una penna di corvo o di uno stiletto.

Il restringimento e la chiusura dell' aorta possono essere prodotti da tutte le cause che abbiamo precedentemente enumerate.

Pur tuttavia, per quanto è permesso dedurre conseguenze rigorose da' fatti incompletamente descritti, sembrerebbe che, in opposizione a ciò che osservasi nelle altre arterie, e specialmente in quelle delle membra, i restringimenti e le chiusure dell'aorta si architettano nella metà circa de' casi (otto volte su diciassette) mediante un restringimento semplice del vaso senza notabile alterazione delle pareti. Altra volta, per lo contrario, le membrane sono spessite (tre volte), ed esistono il più delle volte (sei volte) le produzioni ossee, cretacee, ateromatose, nella loro spessezza. La chiusura ed il restringimento sono pure frequentemente determinati (sei volte) dalla formazione di grumi fibrosi i quali si organizzano, gli uni in seguito di un' aortite, o di una causa sconosciuta, ed il più delle volte, per un arresto della circolazione determinato dalla formazione di concrezioni cretacee; altre volte in fine la obliterazione è prodotta da grumi i quali, organizzati primitivamente in un tumore aneurismatico, protuberano vieppiù nel vaso sino a chiuderlo completamente. Ci è sembrato finalmente che quasi mai la ostruzione dell'aorta non era prodotta da una esterna compressione; ne conosciamo due esempi soltanto; in uno di questi casi, il restringimento era prodotto dalla compressione di un polmone epatizzato (Dalmas), nell'altro da molti gangli bronchici tubercolosi.

I restringimenti e le chiusure possono aver sede su tutti i punti del vaso; sono stati osservati tre volte all'origine dell'aorta: due volte al suo arco, tredici volte al di sotto della curvatura presso il canale arterioso; una volta al suo passaggio a traverso il diaframma; in sei casi alla sua estremità; ed in un ultimo, in diversi punti del suo tragitto. Spesso accade che al di sopra ed al di sotto del punto ristretto o chiuso l'aorta presenta il suo calibro naturale; ma è cosa più frequente trovarla più o meno dilatata e qualche volta aneurismatica immediatamente al di sopra del punto ristretto, e di un diametro meno considerabile al di sotto.

Nella maggior parte de' casi (sette o otto volte su dieci) si trovano le arterie collaterali più grosse e che formano anastomosi più larghe con i rami che hanno origine inferiormente dell'aorta. In fatti, ciò à luogo nelle larghe anastomosi delle cervicali trasversa e profonda, della intercostale superiore e della mammoria interna colle intercostali inferiori e la epigastrica; in quelle trasverse del collo, delle scapulari, delle mammarie interne, delle intercostali superiori e toraciche colle diaframmatiche, le epigastriche e le intercostali inferiori, si ristabilisce la circolazione inferiore. Però in alcuni casi, le arterie collaterali hanno conservato il loro calibro; il Signor Barth le à pu-

re vedute un poco meno sviluppate del solito. In fine esaminando comparativamente il volume delle arterie nelle parti superiori ed inferiori del corpo, si troveranno solamente dilatate nelle prime, e di un volume minore nelle seconde, ciò che si spiega per la maggior quantità di sangue che passa per le arterie situate al di sopra dell'ostacolo. Questa stessa circostanza rende ragione del perchè si son trovate qualche volta (forse due o tre volte su sei) le membra toraciche relativamente più forti, meglio muscolose, meglio nutrite delle membra addominali, che qualche volta sono più gracili, atrofiati, edematose e più deboli del solito; in altri, hanno il loro volume e la loro forza solita, differenze che non possono sempre spiegarsi per lo stato delle anastomosi; perchè si è veduta l'atrofia delle membra coincidere collo sviluppo insolito de' vasi collaterali, mentre che altre volte le stesse parti non presentano alcun disturbo nella nutrizione, quantunque i vasi collaterali avessero piuttosto un calibro al di sotto dello stato normale. L'atrofia delle membra inferiori d'altronde non è stata osservata se non quando il restringimento avea luogo in vicinanza del canale arterioso, perchè allora la circolazione delle parti inferiori è solamente sostenuta da' vasi che serpeggiano nelle pareti del tronco; mentre quando l'ostacolo à sede presso la biforcazione, si stabilisce una doppia circolazione collaterale; l'una mediante le arterie delle pareti, l'altra mediante le arterie viscerali, cioè mediante le anastomosi delle mesenteriche con i rami profondi della ipogastrica, delle laterali del sacro, delle emorroidali media, otturatrici, ischiatiche e delle pudende interne. Queste ultime comunicano largamente colle ramificazioni delle membra delle pelvi (Barth).

Tra le lesioni concomitanti che possono accompagnare i restringimenti e le chiusure dell'aorta, non avviene di più frequenti quanto le alterazioni del cuore: in fatti quest'organo è quasi sempre colpito da ipertrofia o da assottigliamento: i ventricoli sono più o meno dilatati, il che si spiega per la energia colla quale il cuore diritto si contrae per vincere l'ostacolo che si oppone al corso del sangue, e per il ristagno di questo liquido nella cavità dell'organo.

I restringimenti e le chiusure dell'aorta, eccetto quelli che sono prodotti da' grumi fibrinosi, sono lesioni sempre antiche e delle quali è quasi sempre impossibile fissare lo sviluppo. È probabile che un gran numero risale ad un'epoca più o meno vicina alla nascita; tali sono specialmente i restringimenti o chiusure dell'aorta prodotti da una semplice contrazione delle pareti, senza alterazione nella struttura di queste, e che hanno sede il più delle volte in vicinanza del canale arterioso.

Sintomatologia. — I restringimenti e le chiusure dell'aorta sono lesioni che non si conoscono affatto durante la vita. Tutta volta una simile diagnosi non è assolutamente impossibile. Il Signor Piorry sembra infatti averla stabilita in un caso con molta precisione. Bisognerebbe *sospettare* un restringimento dell'aorta. 1.° quando esiste un dolore locale che à sede in un punto corrispondente al restringimento o alla chiusura del vaso, sintomo il quale è stato notato nella metà de' casi; 2.° quando esiste un rumore di soffio o di raspa *permanente* al livello del punto ristretto; 3.° quando avvi esaltamento de' battiti e maggior volume delle arterie delle parti superiori che hanno origine al disopra dell'ostacolo, mentre che l'aorta ventrale e le arterie delle membra delle pelvi, meno sviluppate del solito, sono la sede di battiti molto più deboli; gli ammalati vi accusano di più i *formicoli* e gli *spasimi*, o altre analoghe sensazioni, le quali sembrano dover essere altrettanto più distinte quando il restringimento è maggiore; esse sono portate al suo maximum ne' casi in cui la obliterazione è completa. Notiamo pure che in quest'ultima lesione si osserva qualche volta una debolezza ed un'atrofia delle estremità inferiori. È cosa rara però trovare questi segni riuniti o talmente caratteristici perchè il medico potesse azzardare una diagnosi; quasi tutti gli ammalati presentano in oltre alcuni accidenti di malattie organiche del cuore o di aneurisma dell'aorta. Essi periscono per lo più o per queste malattie o per qualche affezione intercorrente.

La chiusura dell'aorta può non pertanto per se sola produrre la morte; in fatti se essa si sviluppa rapidamente, e se la circolazion collaterale si stabilisce incompletamente, si può vedere sopraggiungere la paralisi e la gangrena degli estremi inferiori.

Le chiusure e la maggior parte de' restringimenti sono lesioni incurabili, ma che possono permettere allo individuo di prolungare per molto tempo la vita: quindi il Signor Barth à citato un caso in cui lo individuo, arrivato ad una estrema vecchiezza, morì senza presentare alcun sintomo distinto.

La cura può essere semplicemente palliativa, e sarà diretta specialmente contro le complicazioni e le lesioni consecutive, come le malattie del cuore.

RESTRINGIMENTO E CHIUSURA DELLE ARTERIE DELLE MEMBRA

I restringimenti e le chiusure delle arterie delle membra non sono quasi mai congeniti. Possono essere prodotti da tutte le cause organiche che abbiamo precedentemente enumerate; sono quasi sempre determinati dal coagulo del sangue, il quale coagulo è consecutivo alla infiammazione del vaso o alle diverse alterazioni organiche delle pareti che impediscono più o meno il corso del sangue. Quest' ultima causa è quella che à agito nella maggior parte de' casi; ciò spiega perchè le chiusure delle arterie delle membra, benchè potessero mostrarsi in ogni età, ciò non pertanto sono più comuni ne' vecchi, più frequenti nell' uomo che nella donna, e perchè affettano molto più spesso le arterie delle membra delle pelvi anzichè quelle delle membra superiori; quest' ultima circostanza è in rapporto colla frequenza maggiore nelle prime lesioni che anno per risultato l'ostacolo della circolazione, come le ipertrofie ed i prodotti aterosomatosi e cretacei delle pareti.

Sintomatologia. — Il restringimento ed anche la chiusura possono esistere senza che ne risulti alcun disturbo, se l'alterazione, lenta nel suo corso, à permesso alle collaterali di svilupparsi abbastanza per ristabilire la circolazione nelle parti inferiori. Se il vaso è superficiale, si conoscerà che è ristretto o chiuso per la debolezza o la mancanza de' battiti, i quali sono, per lo contrario, energici al di sopra dell'ostacolo. L'arteria forma in oltre un cordone duro, qualche volta nodoso, che diminuisce o scompare lentamente quando, in seguito dello assorbimento del grumo e delle stesse pareti, il vaso è convertito in una lamina sottile o in un piccolo cordone cellulo-fibroso.

Nella maggior parte de' casi, la chiusura dell'arteria principale delle membra è seguita dalla gangrena delle parti che era destinata ad alimentare. Questa lesione è la causa quasi costante della gangrena detta *spontanea*, così chiamata perchè sembra svilupparsi senza causa, o *senile*, perchè l'àn creduta per qualche tempo quasi esclusiva della vecchiezza. A questa lesione bisogna pure riportare quella specie di gangrena descritta da Jeanroy come speciale degli individui della classe ricca i quali fanno uso di un nutrimento succulento. È però dimostrato dalla pratica degli spedali che questa gangrena assale almeno tanto spesso il povero quanto gl'individui che vivono nel lusso e nell'ozio; essa riconosce sempre la stessa causa organica, cioè la chiusura arteriosa. Non ostante la opinione contraria emessa da Pott o da Delpech, non crediamo necessario, perchè la morti-

ficazione abbia luogo, che il vaso sia addivenuto affatto impermeabile; perchè esistono nella scienza fatti autentici, osservati da Van-Swielen e da Morgagni, da S. Cooper e Hodgson, dai signori Marjolin, Bricheteau, Cruveilhier, François, ec. i quali provano che un semplice restringimento occasionato o dalla ipertrofia, o da' prodotti ateromatosi e cretacei delle pareti, era sufficiente per vedere sviluppare la gangrena. Lo sviluppo di essa è preceduto ed accompagnato da fenomeni distintissimi, che conviene conoscere.

Nel primo periodo, gli ammalati provano nelle parti che saranno colpite più tardi da gangrena, de' formicoli, un senso di freddo, da dolori vivi, laceranti, scottanti, continui senza che esista alcun cambiamento manifesto nelle parti molli. Però la pelle non tarda a presentare un colorito di un rosso livido, azzurrognolo o color di vino: i tessuti sottostanti si gonfiano e sono colpiti da edema; poi alla fine di alcuni giorni, si manifestano i punti gangrenosi. La mortificazione ed i fenomeni che la precedono si sviluppano comunemente sur i punti più lontani dal centro circolatorio: quindi, alle membra inferiori, l'arrossimento vinoso, lo edema e la gangrena assalgono dapprima i pollici ed il dorso del piede, e si estendono poscia di punto in punto e dal basso in alto. Le parti mortificate sono comunemente più secche; sono dure, indurate, come mummie; non esalano l'odore caratteristico della mortificazione; in una parola presentano, nella maggior parte de' casi, i caratteri della gangrena secca, il che spiegasi benissimo per la causa stessa della malattia; perchè la mortificazione essendo qui prodotta dalla mancanza del sangue arterioso, le parti gangrenate debbono contenere minor liquido; esse debbono presentare lo stato opposto a quello che osserverebbesi se, cosa ancor dubbia, la gangrena si manifestasse esclusivamente in seguito di un ostacolo ulceroso del sangue venoso. Dobbiamo però notare che nella maggior parte delle gangrene senili esiste ad un tempo chiusura delle arterie e chiusura delle vene; quest'ultima però è consecutiva; essa è posteriore alla prima; e dipende senza dubbio dal coagulo che il sangue à subito nelle vene in seguito della diminuzione o sospensione della circolazione nelle arterie.

Nella gangrena per chiusura delle arterie, si osservano qualche volta i sintomi di arterite; però la cosa è molto rara, perchè si osserva forse appena sul ventesimo de' casi. Si à avuto dunque torto, in molte opere moderne, di considerare l'arterite come causa, e se non costante, almeno la più comune della gangrena secca.

I sintomi generali non sono diversi da quelli che abbiamo descritti trattando della gangrena in generale.

Siccome qualunque altra specie di mortificazione, questa può invadere una grande estensione; la morte allora succede spesso prima che essa si circoscriva; altra volta si limita ben presto: ma la separazione succede in generale più lentamente che nelle gangrene ordinarie, più lentamente in specialità che nelle gangrene umide. Altra volta si osservano in questa tutti i fenomeni locali e tutti gli accidenti comitanti o consecutivi che abbiamo indicati all' articolo *Gangrena*.

La gangrena senile guarita va soggetta alle recidive: quindi è che spesso si veggono individui i quali perdono, dopo alcuni mesi o alcuni anni di distanza, una o molte dita del piede; spesso dopo queste mutilazioni successive, la gangrena invade finalmente il piede ed anche una gran parte del membro.

Diagnosi. — La gangrena senile à molto rapporto coll' ergotismo gangrenoso. In fatti, questo è preceduto dagli stessi dolori e dagli stessi arrossimenti; quindi si è spesso obbligato interrogare gli ammalati degli antecedenti per stabilire la diagnosi differenziale; pur tuttavia, nell' ergotismo, è raro veder cessare i battiti arteriosi, come quando la gangrena è sintomatica della chiusura delle arterie.

Pronostico. — La gangrena per chiusura de' vasi è una malattia gravissima, e che il più spesso à un esito funesto. Quest' esito è quasi inevitabile quando l' arteria principale di un membro è attratto in una grande estensione. Il pronostico è anche più funesto quando la chiusura è stata brusca anzichè quando à avuto luogo per gradi. In fine la vecchiaia, la miseria, le condizioni igieniche sfavorevoli, rendono anche pericolosa la malattia.

Cura. — La sola cura razionale consisterebbe ad aprire le arterie chiuse e ristabilire la circolazione pria che la gangrena si manifesti; però non esiste ancora alcun mezzo atto à produrre un simile risultato. Sin ora, gli autori, si son lasciati dirigere, nella cura delle gangrene senili, dalle idee teoriche sulla natura della malattia, e per conseguenza l' uso de' metodi esclusivi; quindi nel atto che i tonici, gli antisettici, e l' oppio sono raccomandati dagli uni, altri àn praticato le emissioni sanguigne le applicazioni emollienti. Ma in questo caso, come sempre, il medico non deve lasciarsi guidare che dalle indicazioni; quindi negl' individui giovani e vigorosi, quando il polso è forte, vibrante, bisogna ricorrere al salasso generale, e se la chiusura del vaso è lo effetto della sua infiammazione, bisognerà applicare sul tragitto un maggiore o minor numero di sanguisughe; si praticheranno alcune frizioni mercuriali, si amministrerà il bagno e le bevande alcaline nella speranza di diminuire la plasticità del sangue. Bisogna convenire però che questo metodo è semplicemente indicato in pochissimi casi; perchè nella maggior parte degli ammalati, non si scovre alcun segno

di arterite, ed anche quando il vaso è infiammato, la età quasi sempre molto avanzata degl' individui e lo stato di debolezza portano a sostenere le forze, a rendere al cuore tutta la energia possibile, perchè esso solo può trionfare dell' ostacolo o dilatare i vasi collaterali che debbono supplire all' arteria chiusa. Ecco perchè la cura tonica, l' uso delle preparazioni di china-china internamente, le bevande vinose, sono i mezzi che convengono il più delle volte. Le frizioni eccitanti di linimento volatile canforato, coll' acquavita, saranno pure praticate sul tragitto del membro, che si avvolgerà di lana e di panni caldi affin di mantenervi un dolce calorico. I dolori vivi che precedono la gangrena non possono essere calmati che coll' oppio, che si usa internamente o si applica sulla sede del male. Non abbiamo mai veduto le sanguisughe recar sollievo in simile circostanza. Dicasi lo stesso de' topici emollienti, i quali convengono ne' soli casi rari ove esiste calore ed una flemmasia locale: ciò non osservasi d' altronde che nell' epoca della eliminazione dell' escara. I topici tonici, come il vino aromatico, le decozioni di china rossa, sono i mezzi applicabili nella maggior parte de' casi. La gangrena una volta limitata, per la separazione delle escare e le cure consecutive, bisognerà regolarsi come abbiamo detto all' articolo *Gangrena*.

DEL RESTRINGIMENTO E DELLA CHIUSURA DELLE VENE

Le vene si restringono e si chiudono qualche volta per lo spessimento delle loro pareti, più spesso per la formazione interna di grumi fibrinosi o per la esalazione di una materia albuminosa e plastica, segno certo d' infiammazione, in fine sono frequentemente compresse da' tumori vicini. Ne' casi in cui la cavità delle vene è chiusa in tal guisa, e specialmente affatto chiusa, la circolazione languisce nelle parti molli situate al di sotto dell' ostacolo; perchè se il sangue arterioso vi affluisce liberamente, il sangue venoso, per lo contrario, stagna, e non ritornare verso il cuore che passando per i rami e le anastomosi più o meno piccole. Gli accidenti che si osservano in questi casi sono differentissimi, secondo che la chiusura à luogo bruscamente, o lentamente, e secondo il volume e la importanza del vaso chiuso. Quindi, allorchè la chiusura, manifestandosi quasi di botto, occupa la vena principale di un membro, come la crurale alla piegatura dell' inguine, o la vena iliaca o pure la brachiale, l' ascellare o la sotto clavicolare, le parti situate al di sotto dell' ostacolo, sono colpite da edema, si gonfiano; il membro acquista un volume doppio o triplo, la pelle

prende una tinta violacea, disposta a guisa di piastre irregolari; il calorico diminuisce, la sensibilità è ottusa, poi spenta; gli ammalati accusano ora dolori vivi, il più delle volte si lagnano solamente di formicoli, di torpore e di peso incomodo. In fine se l'ostacolo dura allo stesso grado, o se il sangue non può ritornare verso il cuore per i vasi collaterali, si dice che le parti possono mortificarsi e che la gangrena la quale a luogo presenta allora tutti i caratteri della gangrena umida. La possibilità della gangrena sotto la sola influenza di un ostacolo nella circolazione venosa non è ancora un fatto perfettamente stabilito per noi, non ostante l'autorità del Signor Victor François. Checchè ne sia, supponendo che questo accidente potesse aver luogo, tutti son di accordo per considerarlo come rarissimo in simil caso. Diciamo, dando termine che, quando la chiusura, benchè brusca, non colpisce che una vena di mediocre calibro, come la vena cefalica o basilica per esempio, o pure una delle vene safene, potrebbe manifestarvisi momentaneamente poco edema; però questo accidente non tarda a sparire; spesso non ne risulta ancora alcun disturbo circolatorio, perchè i principali tronchi venosi, essendo rimasti permeabili, permettono al sangue di ritornar liberamente dalla periferia al centro.

Quando la oblitterazione à luogo progressivamente ed in modo lento, si veggono spesso i vasi di second' ordine svilupparsi, le anastomosi aumentare e moltiplicarsi in ragione della gravità dell'ostacolo che esiste nella vena principale. Può anche succedere che, quando questa si è fatta intieramente impermeabile, la circolazione collaterale, che à avuto tutto il tempo di svilupparsi, sia sufficiente per riportare al cuore tutto il sangue che à servito alla nutrizione degli organi; in questo modo si spiega perchè alcuni individui i quali hanno una parte più o meno grande della vena cava inferiore chiusa, convertita in un cordone fibroso ligamentoso, non hanno affatto edema degli estremi inferiori, e non hanno presentato in alcuna epoca della loro vita alcun disturbo distinto nella circolazione e nella nutrizione di queste parti. Però i casi di questo genere sono oltremodo rari, e possi stabilire come regola generale soggetta a pochissime eccezioni, che ogni chiusura di una vena principale, anche sviluppata lentamente, produrrà un infiltramento sieroso delle parti situate al di sotto dell'ostacolo ed uno sviluppo delle vene collaterali sopra una maggiore o minore estensione. Questa circolazione, in qualche modo supplementaria, ben studiata del Signor Reynaud, è il mezzo che usa la natura, per palliare gli accidenti e per produrre la loro completa scomparsa, perchè non accade quasi mai che una vena chiusa riprenda il suo antico calibro; tutto al più si vede in alcuni casi rarissimi, se la chiusura del vaso dipende dalla organizzazione

di un grumo, questo forarsi nel suo centro a guisa di canale, il quale però non acquista mai il calibro del vaso antico.

Tutto quel che abbiamo detto non si applica affatto a quelle chiusure venose, che assalgono le vene delle membra inferiori, e che si manifestano molto bruscamente nell'ultimo periodo delle malattie croniche, specialmente della eticia. Queste chiusure, sulle quali il Signor Bouchut ha chiamato recentemente l'attenzione (*Gazette médicale* de 1845), sono caratterizzate durante la vita dal gonfiamento del membro, la cui pelle è generalmente pallida e bianca; una pressione meno leggiera risveglia dolori vivi, qualche volta eccessivi; è dessa una specie di *phlegmatia alba dolens*. Qui il coagulo del sangue ha luogo quasi spontaneamente senza lesione antecedente delle pareti delle vene.

Cura. — La cura da opporsi alla chiusura venosa in generale è soltanto palliativa: bisogna con una conveniente posizione delle parti favorire la circolazione del sangue venoso e togliere qualunque compressa che potesse recare ostacolo allo sviluppo della circolazione collaterale; si amministreranno i diuretici, i purganti, e se la congestion venosa fosse eccessiva si sgorgheranno le parti con una forte applicazione di sanguisughe, o anche meglio aprendo una delle vene più superficiali e più sviluppate.

Per la chiusura venosa che ha luogo nell'ultimo periodo delle malattie croniche non bisogna opporre alcun mezzo attivo, ma limitarsi ad avvolgere la parte addolorata colle flanelle asciutte o impregnate di un liquido emolliente o narcotico.

Ci rimane ad applicare i dati precedenti allo studio delle chiusure ed ostruzioni de' principali tronchi venosi, come le vene iliache, la vena cava inferiore, la vena porta, la cava superiore ed i seni cerebrali.

DELLA CHIUSURA DELLE VENE ILIACHE E DELLA CAVA INFERIORE

La chiusura di una delle vene iliache determina un infiltramento sieroso del membro addominale corrispondente ed uno sviluppo insolito della vena otturatrice, pudenda, emorroidali, e specialmente della vena tegumentaria addominale, la quale analomizzandosi largamente colla sua congenere, permette al sangue di refluire nella vena iliaca del lato opposto.

Quando la vena cava inferiore è chiusa, le due membra addominali, solcate qualche volta da vene varicose, s'infiltrano dal basso in alto, come ne' casi di malattie organiche del

cuore; più tardi un versamento ascitico si forma. Malgrado questa lesione, la vita può non pertanto prolungarsi per molto tempo ancora per la possibilità che à il sangue di ritornare verso il cuore mediante la vena cava superiore coll' aiuto de' tronchi collaterali intermedî. Quindi è che abbiamo veduto in simili casi, siccome l' à notato il primo il Signor Reynaud, enormi vene, emanate delle tegumentarie e dalle epigastriche, che presentano qualche volta il volume del piccolo dito, formare una rete numerosa sotto i tegumenti del tronco, ed anastomizzarsi largamente colle vene intercostali, colle mammarie e le vene ascellari istesse. Indipendentemente però da queste modifiche sopravvenute nelle vene superficiali e che costituiscono uno de' segni diagnostici della malattia, si trova, all' apertura de' cadaveri, un' altra circolazione supplementaria, mediante la vena azigos, che trovasi allora considerabilmente dilatata e comunica più largamente del solito colle intercostali; colle lombari, con i seni vertebrali, ec. per i quali passa in parte il sangue che viene dalle estremità inferiori. In fine si scovrono qualche volta larghe anastomosi tra le safene interne e le vene che s' introducono per gl' incavi del bacino, e più spesso ancora tra le pudende interne e la mesenterica inferiore, fatto che il Signor Bérard à fatto osservare in un dotto articolo inserito da questo professore nel tomo VII del *Dictionnaire de médecine*:

Torna difficile potersi convincere del modo secondo il quale à luogo la circolazione supplementaria ne' casi in cui la chiusura della vena cava, prolungandosi sino alla inserzione di questo vaso al cuore, impedisca le vene sotto epatiche di potersi scaricare. Considerando lo isolamento del sistema della vena porta, bisogna supporre che il sangue sfugge dalle anastomosi delle vene della estremità inferiore del retto con i tronchi della epigastrica; purchè però, siccome nel caso raccolto dal Signor Reynaud e dallo stesso pubblicato nel tomo V del *Journal hebdomadaire*, non si formi qualche novello vaso il quale, dalla superficie convessa del fegato, si porta direttamente nella orecchietta destra.

DELLA CHIUSURA DELLA VENA PORTA

Gli accidenti prodotti dalla chiusura della vena porta sono a poco presso simili a quelli che determina la chiusura della vena cava inferiore; non esiste neanche alcuna differenza tra essi meno che nel loro corso e nel loro ordine di manifestazione: quindi allorchè la vena porta è ristretta o impermeabile, un versamento sieroso si stabilisce nel ventre, e soltanto consecua-

tivamente e dopo che l'addome a acquistato un volume considerabile le membra delle pelvi s'infiltrano. La idropisia siegue un corso inverso quando l'ostacolo à sede unicamente nella vena cava inferiore. Quando esiste un ostacolo nella vena porta, il sangue rifluisce in parte nelle vene che si portano nella vena cava inferiore; le vena sotto cutanee addominali sono allora molto dilatate e flessibili. Però non bisognerebbe pel solo stato di questi vasi, pronunziarsi troppo assermativamente sulla esistenza di un ostacolo nella vena porta, perchè abbiám veduto che questa dilatazione poteva essere prodotta dal versamento ascitico e risultare dalla compressione che il fluido accumulato nel ventre esercita sulle vene di questa cavità. Quando così accade, la paracentesi à per effetto costante il ritorno delle vene addominali al loro primitivo volume, mentre che, quando la loro dilatazione è sintomatica di un ostacolo permanente, questo dilatamento può diminuire, è vero, dopo la puntura, ma questi vasi conservano non pertanto un volume sempre maggiore.

CHIUSURA DELLA VENA CAVA SUPERIORE

La vena cava superiore è per lo meno tanto frequentemente ostrutta o chiusa quanto la vena cava inferiore; mi è riuscito riunirne dodici osservazioni. La chiusura del vaso risulta quasi sempre (9 o 10 volte su 12) dalla compressione che esercita su di esso un tumore solido, come il gozzo cancerigno che penetra nel petto (Piorry), i gangli tubercolosi (Reid, Tonnelé), ma specialmente un tumore aneurismatico dell'aorta. Quest'ultima alterazione esisteva in sei ammalati.

Ne' casi di compressione della vena cava superiore, si osserva un edema più o meno grande delle due membra superiori, edema qualche volta più manifesto ad un lato che all'altro; il collo è pure gonfio, la faccia è gonfia e livida, le labbra sono tumide, verdastre o di un rosso venoso, come pure le guance; alcune volte esiste pure un versamento semplice o doppio nel torace. Le vene delle membra superiori, del collo e delle pareti toraciche, sono voluminose: spesse volte si manifesta la dispnea, anche ne' casi (rari per altro) ove la chiusura della vena cava non coincide con alcuna malattia de' polmoni, del cuore o dell'aorta; per quest'ostacolo al quale van soggette la respirazione e la circolazione, à luogo comunemente l'anasarca ad un'epoca anche poco lontana della malattia. In fine alcuni ammalati provano peso alla testa, sonnolenza di tempo in tempo, accidenti apoplettici; e tutto si spiega per il coagulo del sangue venoso ne' vasi e ne' seni cerebrali, qualche volta per la

organizzazione de' grumi fibrinosi in questi condotti, siccome il Signor Tonnelé ne riporta un esempio.

Non ostante la esistenza dell'alterazione organica, gli accidenti si sono qualche volta ammansiti, lo edema anche scomparso, come in una osservazione di Reid; però la miglìoria è di breve durata. Se il restringimento del vaso è molto, e se avvi di più chiusura completa, la morte è inevitabile. Sin ora non conosco alcun esempio d'individui che abbiano vissuto colle apparenze della salute, quantunque fossero affetti dalla chiusura della vena cava superiore, mentre che ò veduto una volta la maggior parte della vena cava inferiore convertita in un cordone ligamentoso, senza produrre alcun disturbo negli organi della circolazione.

Quando la vena cava superiore è chiusa, il sangue delle parti superiori ritorna al cuore per la vena cava inferiore: la vena azigos il cui volume può essere quintuplicato (Majolin) è quella che trasporta così il sangue dall'alto in basso; nello stesso tempo tutt' i rami che s'innestano a' diversi punti di tutta la sua lunghezza sono pure molto dilatati; dunque può dirsi che in questi casi tutto il sangue del corpo (eccettuato quello delle vene cardiache) passa per la vena cava inferiore.

DELLA CHIUSURA DE' SENI DELLA DURA MADRE

Il Signor Tonnelé à provato che potevano formarsi, durante la vita, ne' seni cerebrali e nel resto del sistema venoso encefalico due ordini di concrezioni, le une puramente sanguigne le altre formate da una materia concreta esalata dalla membrana infiammata (vedi *Flebite*). Le prime riconoscono quasi sempre per causa le circostanze meccaniche atte a diminuire o ad intercettare completamente il corso del sangue; tale è, per esempio, un restringimento della vena cava superiore o della giugulare interna il quale forza il sangue a stagnare ne' seni della dura madre. Quando uno o molti di questi condotti sono chiusi, le vene del cervello si gonfiano e possono anche rompersi; il siero, e qualche volta il sangue s'infiltra nel tessuto cellulare sotto aracnoideo, ne' ventricoli, nella cavità aracnoidea, e qualche volta sin sotto il cuoio capelluto. Gli ammalati provano gli accidenti che sono in rapporto con queste alterazioni: sono qualche volta il delirio e le convulsioni, più spesso uno stato comatoso, però nessuno di questi segni si manifesta con i caratteri particolari capaci di far diagnosticare la natura della malattia.

Qualunque sia il seno affetto, la cura delle chiusure di questi canali è solamente palliativa. Bisogna cercare di far prende-

re una posizione convenevole alle parti onde impedire per quanto è possibile le stasi del sangue: in alcuni casi bisognerà praticare alcune frizioni eccitanti; finalmente quando la congestion venosa addiviene eccessiva, bisogna rimediarvi con qualche sanguisuga.

RESTRINGIMENTO E CHIUSURA DE' TUBI AEREI

Svariatisimi ostacoli possono recare ostacolo o anche impedire la entrata dell'aria ne' tubi aerei; poichè, oltre della branchite, del crup e de' prodotti poliposi, esistono molte altre cause che dobbiamo notare particolarmente in questo luogo.

Una delle più comuni è la diminuzione del calibro prodotta da una compressione esterna. In fatti la trachea, i bronchi e le loro ramificazioni principali, sono spesso compresse, appiattate da tumori di nature diverse: quindi la prima è spesso un gozzo voluminoso: tutte lo sono frequentemente per aneurismi dell'aorta, per i gangli tubercolosi. Il Signor Reynaud à spesso osservato le ramificazioni bronchiali obliterate in seguito della contrazione delle loro pareti e della loro trasformazione in cordoni solidi: in fine il Signor Cintrac à pubblicato, nel 1847 nel *Journal de médecine* di Bordeaux, il fatto curioso di un fanciullo di otto anni, il quale aveva sempre sofferto la dispnea, e che morì soffogato, e nell'autopsia si trovò, per spiegare i disturbi funzionali osservati durante la vita, una ipertrofia delle fibre cartilagine della trachea e de' bronchi, che aveva occasionato un restringimento considerabile di questi condotti.

La compressione de' tubi aerei, diminuendo il volume di aria che penetra nel petto, rende il mormorio respiratorio debole o negativo, mentre che la percussione dà un suono meno perfetto. In quanto alla compressione portata sulla trachea, questi fenomeni esistono in tutta la estensione del torace; gli ammalati accusano nello stesso tempo una dispnea che è in rapporto col grado della compressione: in oltre, ciascuna inspirazione è marcata da un sibilo o da un rumore rauco, simile a quello che fan sentire i cavalli di corta lena. Se la compressione colpisce solamente un bronco, o se un corpo estraneo si è impegnato nelle sua cavità, il rumore respiratorio è indebolito solamente nel lato corrispondente; in fine, se la compressione o la chiusura non assale che una ramificazione, il rumore di espansione non sarà indebolito o sospeso che nelle porzioni del polmone dal quale dipendono, perchè non esistono qui, come nel sistema arterioso, anastomosi che potessero ricondurre l'aria nelle cellule polmonali.

DEL RESTRINGIMENTO DELLO ESOFAGO

Cause, anatomia patologica. — Quasi tutti i restringimenti dello esofago sono prodotti dallo induramento ed aumento di spessezza delle pareti dell' organo. Queste alterazioni sono qualche volta il risultato di una semplice infiammazione acuta o cronica; tali sono i restringimenti che si manifestano qualche volta negl' individui che hanno trangugiato i caustici, i corpi scottanti, o in quelli che hanno conservato per un tempo più o meno lungo qualche corpo estraneo nello esofago, come un pezzetto di osso, una spilla; una spina di pesce, un pezzo di moneta, ec. Però la maggior parte de' restringimenti dello esofago dipendono da una degenerazione scirroso o cancerigna delle pareti dello esofago. Cade dubbio se abbiano mai avuto luogo nello esofago, come lo vedremo pel retto, i restringimenti provenienti da una trasformazione fibrosa delle tuniche o della loro ipertrofia semplice. Per lo contrario, non è cosa rarissima, vedere il calibro dello esofago essere considerabilmente diminuito per la compressione di qualche tumore vicino, come il corpo tiroide quando è aumentato di volume i gangli tubercolosi, e specialmente, cosa più comune, per le dilatazioni aneurismatiche dell' arco dell' aorta e della porzion pettorale discendente di questo vaso. In fine, i casi più rari sono quelli in cui lo esofago è ristretto in seguito di un insufficiente sviluppo. Questo restringimento è allora congenito, e la disfagia che la caratterizza risale a' primi anni della esistenza.

In generale si trova un solo restringimento; in alcuni casi rari ne esistono molti ad una certa distanza gli uni dagli altri: questa disposizione però non si osserva affatto se non quando la malattia riconosce una origine infiammatoria. La coartazione che il più delle volte non presenta che 1 o 2 centimetri di lunghezza, si estende qualche volta in una estensione cinque o sei volte maggiore. Pel grado del restringimento, varia dalla semplice diminuzione del calibro dello esofago sino alla sua intera chiusura.

La maggior parte de' restringimenti organici dello esofago occupano la parte superiore di questo condotto, poi il cardia, cioè i punti naturalmente meno affetti.

In quelli che periscono con restringimento dello esofago, si trova la porzione del condotto superiore all' ostacolo più o meno dilatata, mentre che la parte situata al di sotto è contratta su di se stessa e come ritirata. La dilatazione può essere parziale ed assalire soltanto i punti vicini all' ostacolo, allora essa forma una saccoccia, altra volta è generale e può risalire sino

alla faringe. Le parti dello esofago che sono dilatate in tal guisa hanno ordinariamente la loro spessezza, e se qualche cambiamento esiste, sono più frequentemente spessite anzichè assottigliate. Questa spessezza ha sede sulla mucosa, la quale è rossa e bernocoluta, e specialmente sulle fibre muscolari, la cui nutrizione ha dovuto aumentarsi per effetto delle contrazioni energiche alle quali sono state sottoposte onde far sormontare l'ostacolo agli alimenti, o per espellerli quando si accumulano al di sopra.

Lo esofago ristretto può per i progressi del lavoro ulcerativo, comunicare colla trachea, coll'aorta, colla pleura, con un ascesso de' polmoni, col tessuto cellulare del collo o de' mediastini. Queste comunicazioni si rinvencono specialmente nel corso de' restringimenti cancerigni, e di quelli i quali, prodotti dalla infiammazione, sono determinati dalla presenza di un corpo estraneo. In quest'ultimo caso, la comunicazione anormale si stabilisce spesso mediante un ascesso.

Sintomi, corso. — Gli individui colpiti da restringimenti dello esofago provano incomodo nella deglutizione degli alimenti solidi. Il bolo alimentizio, arrivato al punto ristretto, vi si ferma per qualche tempo; ne risulta allora per gli ammalati un senso penoso, e qualche volta un vero dolore, che essi dicono sentirsi al collo, dietro lo sterno o lungo il dorso, secondo la sede dell'alterazione. In fine dopo gli sforzi di contrazione più o meno prolungati, gli alimenti oltrepassano l'ostacolo. Se molti restringimenti esistono l'uno dopo l'altro, gli ammalati provano la sensazione che il bolo alimentizio è formato molte volte prima di piombare nello stomaco. Cercano allora di attivarne il cammino facendo uso dell'acqua, e se l'ostacolo ha sede alla parte superiore dello esofago, esercitano forti pressioni sulle parti laterali ed inferiore del collo. La disfagia aumentando, i liquidi, abbenchè presi in piccola quantità, sono essi stessi trangugiati con difficoltà; quando oltrepassano l'ostacolo, fanno spesso sentire una specie di gorgogliamento particolare. Quando il restringimento è pervenuto a questo grado, gli alimenti solidi si accumulano al di sopra del punto ammalato, e sono poco a poco restituiti, ora senza pena e per una specie di ruminamento, altre volte con sforzi convulsivi della faringe e dello esofago, con senso di estrema oppressione ed anche di soffogazione. Gli alimenti sono restituiti poco dopo essere stati introdotti, quando il restringimento occupa la parte superiore dello esofago; però ne' casi in cui il restringimento si avvicina al cardia, le sostanze alimentizie possono rimanere due o tre ore nello esofago dilatato, e non ostante un soggiorno così prolungato, quando sono vomitate, si trovano poco o niente alterate. Sembra però che in alcuni casi, esse abbiano presentato un princi-

prio di digestione, ciò però osservasi soltanto in una piccola massa e ne' soli strati superficiali.

Nello intervallo de' pranzi, quando le esofago è vuoto di alimenti, gli ammalati sono tranquilli; la maggior parte non soffrono affatto o poco; provano piuttosto il senso di un incomodo anzichè di un vero dolore; però ne' casi di restringimento cancerigno, à luogo nelle parti alterate una esalazione di mucosità filamentose le quali, dopo essersi accumulate in molta quantità, sono poi rigettate con sforzi spesso inauditi e che stancano molto il paziente.

Ne' restringimenti dello esofago, gli ammalati si dimagrono prontamente; il depauperamento è specialmente rapido quando il restringimento è di natura cancerigna; perchè in questo caso, oltre il disturbo che risulta dalla privazione degli alimenti, avvi ancora la influenza della diatesi cancerigna esercitata sulla costituzione.

Complicazioni, esiti. — Diversi accidenti possono manifestarsi, in seguito del progresso del lavoro ulcerativo; quando una comunicazione si stabilisce tra lo esofago e le parti vicine. Così quando lo esofago, la trachea, o pure i bronchi; comunicano insieme, la deglutizione è immediatamente seguita da conati violenti di tosse o da una estrema oppressione; in fine gli ammalati muoiono soffogati perchè gli alimenti penetrano nelle vie della respirazione. Se il perforamento à luogo nella pleura; si manifestano tutte i segni di una pleurisia perperacuta, un idropneumotorace. Quando la comunicazione si stabilisce col polmone, il tessuto di quest'organo s'infiamma, e la flemmasia determina prontamente un ascesso, o pure il polmone si riduce in questo punto in una materia pultacea, in gangrena, siccome l'ò osservato in un caso da me medesimo riportato ne' *Bulletins de la Société anatomique* (1833). A' luogo lo stesso quando i liquidi introdotti nello esofago s'infiltrano nel tessuto cellulare del collo o del mediastino posteriore; in fatti si manifesta allora un ascesso gangrenoso rapidamente mortale. In fine la comunicazione dello esofago coll' aorta à per risultato una emorragia fulminante. Il Signor Vigla à studiato, negli *Archives* del 1846, la maggior parte delle comunicazioni morbose che possono stabilirsi tra lo esofago e gli organi vicini.

La morte può essere prodotta per le diverse complicazioni che abbiamo enumerate, e per altre ancora, le quali sono meno immediatamente ligate delle precedenti alla malattia. Il più delle volte però; gl' individui periscono nel marasmo e dalla inedia.

Diagnosi. — La difficoltà permanente della deglutizione al di sotto della faringe non lascia alcun dubbio sulla esistenza di un restringimento dello esofago. Il cateterismo di questo condot-

to permette di determinare la profondità alla quale l'ostacolo è situata, circostanza sulla quale si potrebbe essere indotto in errore volendo fondare il suo giudizio sulla semplice sensazione di certi malati, i quali, benchè colpiti da un restringimento della parte media o inferiore dello esofago, ciò non pertanto indicano spesso l'incomodo che provano o al collo, o dietro la prima costa dello sterno. Si giudicherà del grado del restringimento per la facilità colla quale la sonda penetra, e specialmente pel grado della disfagia. Per determinare la natura del restringimento, bisogna ricorrere a' commemorativi ed interrogare i sintomi concomitanti. Quindi i segni di restringimento si sono essi manifestati prontamente dopo i sintomi di esofagite in quelli che anno bevuto qualche liquido caustico, o ne' quali un corpo estraneo à esistito nello esofago, bisognerà riportare il restringimento ad un induramento infiammatorio. Se per lo contrario, la disfagia si è manifestata lentamente, se essa è accompagnata da un rapido dimagrimento, e se lo individuo è giunto al periodo medio della vita, si sospetterà fortemente che il restringimento sia di natura scirroso. Oltre à che questo è indubitabilmente il più comune di tutti. Se lo individuo porta un gozzo duro e voluminoso, bisognerà far dipendere da questo la disfagia che lo ammalato soffre al livello della parte inferiore del collo. Se la difficoltà della deglutizione esiste in quelli colpiti da lungo tempo da una grave malattia della laringe o della trachea, sarà cosa naturale riportare a questa causa i disturbi che si osservano. La compressione dello esofago prodotta da' gangli tubercolosi è una circostanza rara, ma che potrebbe sospettarsi, se lo individuo, ancora giovane, offrisse numerosi ingorghi strumosi, che le parti laterali del collo spingerebbero sin dentro il petto. I segni di un restringimento dello esofago nella porzion pettorale dovrebbero sempre menare ed investigare se esiste qualche dilatazione aneurismatica dell'aorta. Fa d'uopo però sapere che questi tumori spostano spesso lo esofago senza comprimerlo. Mondière à pure provato nelle sue ricerche inserite nel 1831 negli *Archives*, che nella quasi totalità de' casi di aneurisma aperto nello esofago (10 volte su 12), non era esistito alcun incomodo nella deglutizione; il che sembrerebbe escludere qualunque idea di compressione. La disfagia prodotta dalla compressione di un aneurisma offre questo di particolare, cioè ch'è variabilissima, diminuisce o cessa da un momento all'altro: ciò spiegasi per la mobilità del tumore e pel suo grado variabile di distendimento. Questa intermittenza però non si osserva esclusivamente ne' casi di cui trattasi; ma possi osservare anche ne' restringimenti organici, almeno nel primo periodo.

Pronostico. — Torna inutile insistere per poter provare quanto il restringimento dello esofago sia pericoloso; la maggiore o minore gravità del pronostico sarà determinata dalla natura e gravità dell'ostacolo.

Cura. — L'arte è poco impero sopra i restringimenti dello esofago; però possi sperare di ottenere la risoluzione di quelli che dipendono da una flemmasia cronica. Perciò si sono impiegati i rivellenti energici (cauteri, moxa) applicati immediatamente a' punti ristretti; si amministreranno internamente le bevande alcaline; in fine si cercherà di dilatare l'ostacolo mediante le sonde o le canalette di gomma elastica armate di una spugna saldamente fissa, che si lasceranno al luogo per lo spazio di alcuni minuti, e delle quali si aumenterà progressivamente il volume [a misura che il canale dello esofago si fa più ampio. Lo strumento potrà pure ungersi di una pomata risolvete o astringente; per esempio di un miscuglio di cerato e di allume. In vece della spugna, il Signor Baillarger adatta allo estremo della sonda ch'egli à imaginato per nutrire gli alienati, un piccolo sacco d'intestini di bue che introduce pel naso sin sotto l'ostacolo. Allora v'insuffla o v'inietta un liquido; poi tira in alto la sonda, in modo da impegnare il piccolo sacco che la termina al centro istesso dell'ostacolo. Qualunque sia il processo del quale si faccia uso, le sonde sono utili, non solo per dilatare l'ostacolo, ma pure per eccitare, mediante la compressione che spiegano su di esso, lo assorbimento interstiziale, ed operare la risoluzione. Uno de' più valenti medici di provincia, il Signor Gendron du Château-du-Loir, à pubblicato nel 1837, nel *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, alcuni fatti i quali provano la utilità della dilatazione siccome mezzo curativo; ne' due ammalati curati dal nostro dotto collega, il restringimento era prodotto certamente da qualche induramento infiammatorio. Il Signor Trousseau à fatto parola nel 1846, all'Accademia di medicina, di alcuni altri fatti favorevoli all'uso di questo metodo. Molti autori ànno consigliato di combinare la dilatazione colla canterizzazione: questa pratica è stata impiegata specialmente in Inghilterra da uomini eminenti, come Ev. Home e Ch. Bell; sembra in fatti essere stata utile molte volte; però non ancora sembra stabilito il suo valore; oltre a che non sarebbe applicabile che ne' restringimenti per semplice induramento, ed in quelli che ànno qualche analogia co' restringimenti uretrali. Però fuori di questi casi, la canterizzazione sarebbe nociva, e specialmente ne' restringimenti scirrovi. Prima di canterizzare, bisogna stabilire la profondità ove esiste il restringimento, poi portare al suo livello, siccome vien consigliato dal Signor Gendron (*Archives* 1842), una sonda coll' estremo a fronda di olivo nella quale s'incastra for-

temente colla vera un lapis di nitrato di argento. Queste cauterizzazioni, dapprima leggieri, saranno successivamente più o meno forti e numerose in ragione della tolleranza del malato e della difficoltà del cateterismo. Nell'uso di questo mezzo, fa d'uopo di molta prudenza e perseveranza; quindi è che a ciascuna seduta bisogna successivamente portare le sonde o le stecche di balena armate di spugne di diversa grossezza, in modo a poter dilatare a poco a poco l'ostacolo senza forzarlo. Combinando così il dilatamento e la cauterizzazione, che il Signor Gendron raccomanda per aver trionfato di un restringimento, il quale faceva timore di essere di natura scirroso: disgraziatamente però non molto tempo è scorso tra la fine della cura e la pubblicazione della osservazione per essere certo della definitiva guarigione.

Ne' restringimenti scirrosi, bisogna pure dilatare l'ostacolo; ma qui il dilatamento è un mezzo palliativo soltanto; in tutti i casi e specialmente in questo il cateterismo dovrà praticarsi colla massima prudenza, e senza esercitare la menoma violenza ed il minimo sforzo, perchè è molte volte accaduto che lo estremo della sonda ha forato le pareti ammolli dello esofago e penetrato sin dentro il mediastino ed anche nel tessuto del polmone.

DE' RESTRINGIMENTI DEL TUBO INTESTINALE

Cause. — Il calibro dello intestino gracile e dello intestino crasso possono essere diminuiti a differenti altezze e per le differenti cause. Il restringimento risulta qualche volta dalla compressione che esercita un tumore esterno: quindi è che il retto è spesso ristretto per i tumori sviluppati nel piccolo bacino o per un deviamiento dell' utero. Altre volte la cavità è diminuita per la presenza di un corpo estraneo, come i calcoli biliari, intestinali, o per un prodotto poliposo; finalmente il restringimento è per lo più organico, permanente, e risulta dalla modifica sopravvenuta nella struttura dello intestino. Quindi il restringimento è di frequente prodotto da una degenerazione scirroso o cancerigna delle pareti intestinali, o per una semplice ipertrofia di una o molte delle tuniche, o per uno ingorgo semplice provocato o sostenuto in alcuni ammalati dalle emorroidi antiche o che sopravvengono in quelli individui i quali si prestano alla sodomia, e che in questi vergognosi rapporti hanno avuto il loro retto infetto da un cancro o da uno scolo blenorragico; altre volte i restringimenti sieguono a qualche ulcerazione. In fatti si comprende che quando questi sono molto estesi in profondità ed in superficie, la guarigione non

potendo aver luogo che per lo avvicinamento delle parti, ne deve risultare, siccome si osserva sulla pelle dopo le grandi perdite di sostanza, alcune cicatrici dure, raggianti, protuberanti, le quali spesso tendono moltissimo a contrarsi ed a diminuire talmente la capacità intestinale, che allora può finire di permettere appena la introduzione di una penna da scrivere. Certi imbrigliamenti fibrosi che trovansi nello intestino, e specialmente nel retto, riconoscono questa origine; altre volte risultano da una trasformazione fibrosa sopravvenuta spontaneamente in seguito di un pervertimento nella nutrizione, che risale qualche volta ad un'epoca anteriore al nascimento; questo restringimento è detto allora *congenito*. In questi casi, si vede tantosto nello intestino una valvola sporgente, una specie di diaframma incompleto, forato al suo centro o sopra uno de' suoi lati da un orificio più o meno stretto: altre volte si direbbe che lo intestino è stato fortemente stretto da una ligatura. Il restringimento è prodotto allora da un anello fibroso formato a spese di una o molte delle tuniche intestinali. Abbiamo spesso volte osservato questa specie di restringimento sulle anse intestinali le quali erano scappate via dalle aperture erniarie, e che erano state compresse da queste per moltissimi anni.

I restringimenti sono più o meno considerabili e variano dalla semplice diminuzione del calibro dello intestino sino alla sua chiusura quasi completa. I restringimenti organici sono in generale limitati ad un piccolo spazio. Possono avere soltanto alcuni millimetri di estensione, e di rado più di 6 o 8 centimetri. Il più delle volte esiste un solo restringimento; alcune volte però se ne trovano molti gli uni dopo gli altri; se ne sono contati sino ad undici o dodici; lo intestino allora è nodoso, ineguale, ed offre allo esterno la forma di una rete. Questi restringimenti molteplici vengono ordinariamente dopo le ulcerazioni.

Nella maggior parte de' casi di restringimento alquanto considerabile, si trova un dilatamento qualche volta enorme della porzione dello intestino situata al di sopra dell'ostacolo; esso è prodotto dalla dimora abituale è prolungato delle materie solide, liquide o gassose. Per lo contrario, le parti situate al di sotto del restringimento sono meno ampie del solito e spesso contratte su di se stesse. I restringimenti si osservano inegualmente su tutta la lunghezza del tubo intestinale. Rare nel digiuno, sono tanto più comuni per quanto più si approssimano allo estremo dello intestino; il maggior numero occupa il retto, dove, secondo le ricerche de' signori Bérard e Maslieurat Lagémard (*Gazette medic.* 1839), l'alterazione à sede ne' due terzi de' casi quasi in un punto accessibile al dito, e più spesso a 6 o 9 centimetri dall'ano, risultato contrario: a ciò che in:

segnava Desault. Le donne ne sono affette quasi egualmente dell'uomo. Secondo il Signor Costallat, verso il ventesimo anno si mostrano i primi sintomi della malattia; però ne' fatti riuniti d' signori Bérard e Maslieurat Lagémard, la malattia si manifesterebbe molto più tardi nell' uno e l' altro sesso) da trenta a quarantacinque anni per le donne, da cinquantacinque a settanta per gli uomini.

Sintomi, corso. — La forma degli accidenti varia secondo il punto dello intestino che si trova ristretto: quindi, allorchè il restringimento è molto ed à sede non lungi dallo stomaco, come alla fine del duodeno o al principio del digiuno, gli ammalati sono tormentati da vomiti acquosi, alimentizi, da rutti gassosi: la regione sol-ombelicale è sviluppata, tesa, più sonora del solito; le digestioni sono stentate, le evacuazioni rare, la nutrizione alterata: gli ammalati si dimagrano molto e rapidamente. Se il restringimento occupa lo estremo dell' intestino gracile o crasso, le funzioni dello stomaco sono molto meno turbate, i vomiti hanno anche luogo di rado; però lo addome è generalmente teso, meteorizzato; le anse d' intestino sono manifeste a traverso le sue pareti; esiste un dolor locale, continuo e più o meno vivo al livello del punto ristretto. Il tatto nulla fa conoscere, mentre la percussione, che dà un suono chiaro nella maggior parte del ventre, fa sentire vicino al restringimento ed al di sopra di esso un suono oscuro e matto dipendente dallo accumulo in questi punti di materie solide e liquide; lo appetito è diminuito, le digestioni sono stentate; la introduzione degli alimenti aumenta la tensione del ventre e risveglia le coliche; gli scarichi ventrali sono rari, difficili; alcuni ammalati però hanno diarrea ad intervalli. Più spesso vi sono alternative di costipazione e di scarichi. In alcuni hanno luogo di tempo in tempo e dopo una costipazione di molti giorni scarichi estremamente copiosi accompagnati a gas. Il ventre allora si abbassa, e gli ammalati provano gran sollievo. Queste specie di *sgombramenti* sono frequenti specialmente ne' restringimenti del retto.

Quando il restringimento à sede fin questo intestino, avvi spesso tenesmo; alcuni ammalati, provando la sensazione di un ostacolo collocato più o meno in alto, immettono il loro dito nel retto per vincerlo. In fine dopo sforzi spesso inauditi, espellono soltanto una piccola quantità di fecce, alcune volte cilindriche, ora piane ed a fettuccia; altre sono tenui tanto quanto un fil di spago o un vermicello, secondo la forma e le dimensioni dell' orificio che attraversano nel loro passaggio. Quando il restringimento è al di sotto dell' angolo sacro-vertebrale, il dito indice introdotto nel retto può toccarlo; se è collocato più in alto, potrà scovirsi spingendo sino ad esso una sonda

esofagea, o anche meglio una candeletta. In fine, secondo la natura del restringimento, potranno esistere diversi scoli dall'ano (Vedi *Cancro del retto*).

Quando un ostacolo dipendente da una causa accidentale è tolto, le materie intestinali riprendono il loro corso e tutti gli accidenti finiscono prontamente. La maggior parte de' restringimenti però essendo organici, il calibro dello intestino tende sempre a diminuire; presto o tardi si chiude; gli ammalati periscono allora con tutti gli accidenti dell' ileo (Vedi appresso *Chiusura degl' intestini*).

Durata. — La malattia à una variabile durata subordinata alla natura del restringimento. Se questo è cancerigno, i suoi progressi continui, e la morte à luogo necessariamente dopo molti mesi, o più tardi dopo alcuni anni. Se il restringimento è fibroso, può rimanere per lungo tempo stazionario: gli ammalati sono soltanto soggetti ad una ostinata costipazione; però la maggior parte può menare una lunga carriera: talè fu Talma, il quale affetto da un restringimento fibroso congenito alla parte superiore del retto, visse però fino alla età di sessantadue anni.

Diagnosi. — Molti restringimenti rimangono per lungo tempo ignorati, perchè gli ammalati continuano ad andar del corpo; alcuni soffrono pur anche la diarrea, le coliche, i vomiti, e depauperandosi di giorno in giorno, si pensa che sianò affetti da una gastro-enterite cronica: la esistenza però di una timpanite abituale, che il più delle volte produce un notabile distendimento del ventre con rialto delle anse intestinali, farà sorgere immediatamente la idea di un ostacolo al corso de' gas esistente in qualche parte; e siccome il più delle volte quest'ostacolo à sede nel retto, così si cercherà di sapere dello stato di questo intestino mediante il tatto. Se nulla si osserva, bisognerà concludere che il restringimento à sede più in alto.

Il restringimento una volta conosciuto e la sua sede determinata, importa fissar bene della sua natura; però questa conoscenza è spesso difficile: quindi è che abbiamo l'occasione di vedere tutti i giorni gli uomini i più esperti e versati nelle cliniche osservazioni e nelle cadaveriche ricerche non potersi pronunziare affatto con qualche certezza sulla natura di un restringimento del retto, considerato dagli uni siccome una semplice infiammazione cronica o una degenerazion fibrosa, mentre altri gli assegnano una natura scirroso o sifilitica. In fatti è giuoco forza confessare che i caratteri distintivi indicati sono molto vaghi: quindi si è detto che i tessuti cronicamente infiammati sono duri, ed i momenti di calma e di esacerbamento sono meno distinti che negl' induramenti cancerigni; però la pratica giornaliera smentisce troppo spesso queste asser-

tive perchè si osasse trarne un segno distintivo. Si è pur detto che gl' induramenti venerei si distinguevano mediante un carattere d' indolenza ; lo stesso però à spesso luogo negl' induramenti scirroso, e di più gl' induramenti venerei presentano ordinariamente una resistenza ed una tale durezza, da sembrarci quasi impossibile, almeno nella maggior parte de' casi, poterli distinguere mediante il tatto dallo scirro, siccome non puossi distinguere questo da una semplice trasformazione fibrosa. Perchè si potesse in questi casi oscuri determinare la vera natura della malattia, bisogna interrogare gli antecedenti degli ammalati e studiare ancora le lesioni concomitanti: quindi gl' induramenti i quali accompagnano le suppurazioni e le fistole del margine dell' ano si ligano quasi sempre ad una semplice infiammazione, cronica. Se gl' individui mostrano qualche segno di sifilide costituzionale, è necessario riportare lo induramento del retto alla stessa causa. In questo pensiero, si amministrerà la cura mercuriale, la quale nella supposizione di uno scirro o di un induramento semplicemente cronico, non possi avere alcun inconveniente. In fine salvo poche eccezioni, i restringimenti delle valvole o consistenti semplicemente in un anello stretto (come se una ligatura stringesse lo intestino) sono il risultato di una degenerazione fibrosa. Torna inutile dire potersi appoggiare sul dimagrimento e su i segni di cachessia per credere piuttosto un restringimento scirroso anzichè una degenerazione fibrosa; perchè tutti i restringimenti alquanto notevoli del retto si associano a disturbi delle funzioni digestive: in fatti, tutti questi individui si dimagrano, impallidiscono e divengono gialli, in modo che questi disturbi non possono servire come elemento per una diagnosi differenziale.

Pronostico. — Il restringimento intestinale non è malattia grave quando è prodotto da cause accidentali in potere dell' arte per poter essere distrutte: è però tale quando è organico, perchè in questo caso tende ad aumentarsi. Il restringimento scirroso è il più pericoloso; quello che è situato molto in alto è più grave di quello il quale occupando i tre quarti inferiori del retto, è facilmente accessibile a mezzi medicinali e chirurgici.

Cura. — La cura deve variare secondo la natura del restringimento. Se questo dipende unicamente dalla compressione che esercita sullo intestino l' utero deviato, basta rimettere l' organo nel suo sito per veder cessare gli accidenti. Se la compressione è esercitata da un viscere aumentato di volume, si cercherà di spostarlo per poi ricondurlo al suo normale volume mediante i mezzi convenevoli.

L' arte non spiega quasi alcun' azione sur i restringimenti organici i quali hanno sede al di sopra del retto; torna pur anche difficile poter dilatare gli ostacoli che trovansi 15 o 18 centimetri al di sopra dell' ano. Dunque s' impiegheranno contro di

essi gli alcalini, sotto forma di bagni, di bevande, di pillole, di docciature; si amministreranno i mercuriali, le preparazioni di iodo internamente e per frizioni, però quasi sempre senza risultato, e col solo vantaggio di appagare la immaginazione degli ammalati. Se per lo contrario; il restringimento affetta il retto, e se è molto da produrre grande ostacolo alla uscita delle fecce, bisogna, qualunque sia d'altronde la sua natura, procurare il dilatamento. Tra i numerosi mezzi dilatanti proposti, i più convenevoli sono gli stuelli di filaccia di un volume proporzionato al diametro del restringimento, aumentandosi insensibilmente. Per facilitarne la introduzione, si unge di una sostanza grassa o di qualunque altra pomata, secondo le indicazioni speciali a doversi compiere: quindi se il restringimento è di natura sifilitica o dipende da una flemmasia cronica, lo stuello si ungerà di unguento mercuriale misto ad una certa quantità di cerato. Altri preferiscano una pomata di calomelano (sugna 30 gram. calomelano, 4 gram.). Se gli ammalati accusano dolori vivi, si potrà unire una piccola quantità di oppio; e ne' casi in cui lo stuello esercitasse le contrazioni spasmodiche dello intestino e non potrebbe essere sostenuto, si unirebbe alla pomata alcun poco di estratto di belladonna (4 gram. in 30 di sugna). Il dilatamento però altro non è che un mezzo palliativo ne' restringimenti fibrosi e scirrosi. In tutti i casi esso dovrà essere graduato e praticato con prudenza; non bisognerà mai, siccome lo voleva Ast. Cooper, praticare una dilatazione brusca e forzata, purchè non si volessero vedere le lacerazioni. Gli ammalati di cui è parola dovranno far uso ciascun giorno di un clistere per portar via le materie e prevenirne il soggiorno al disopra dell'ostacolo; faranno uso di un alimento dolce, piuttosto acquoso anzichè solido, purchè però lo stato dello stomaco non vi rechi ostacolo. Quando il restringimento è di natura infiammatoria, si prescriveranno i bagni; si applicheranno di tempo in tempo le sanguisughe all'ano, e anche meglio al sacro: si applicheranno su questa regione alcuni rivellenti. Se lo induramento è affatto indolente, si potranno amministrare con prudenza alcune docciature ascendenti, alcaline saponacee. Se si sospetta che il restringimento sia di natura sifilitica, si prescriveranno i mercuriali ed i sudoriferi, oltre a' mezzi dilatanti. I purganti sono quasi sempre nocivi, e bisogna proscriverli.

In fine quando il restringimento aumenta nonostante i mezzi che si praticano, e quando gli ammalati provano di tempo in tempo gli accidenti che indicano una chiusura, nel caso in cui l'ostacolo ha sede nel retto, bisognerà decidere se torni vantaggioso per lo ammalato di stabilire un ano contro natura nella regione lombare sinistra, secondo il metodo di Callisen, raccomandato ora moltissimo dal Signor Amussat.

DELLA CHIUSURA DEGLI INTESTINI, O DELL' ILEO

Quando lo intestino è chiuso sopra un punto qualunque della sua estensione, d' ordinario si manifestano dolori vivi e spesso atroci nel ventre, il quale si gonfia: le evacuazioni si sopprimono; i gas non si espellono più per le vie dell' ano, e gli ammalati provano singhiozzi, nausea e vomiti di materie acquose biliose, poi stercoracee.

A questo insieme di sintomi gli antichi autori hanno dato i nomi di *iléus*, di *volvulus*, di *passionne iliaca*, di *colica di miserere*. Queste denominazioni però sono state applicate spesse volte a malattie molto dissimili. Oggi dobbiamo intendere per *iléus* gli accidenti prodotti da un ostacolo meccanico al corso delle materie fecali, accidenti i quali, siccome ne hanno potuto giudicare, sono a poco presso gli stessi di quelli dell' ernia strozzata. Bisogna negare in modo assoluto la esistenza dell' *iléus nervoso* o *spasmodico* (*passione iliaca vera di Sydenham*), nel quale si suppone non esistere alcun ostacolo meccanico al corso delle materie fecali, che allora sarebbero espulse dalla bocca in seguito di una contrazione spasmodica ed antiperistaltica del tubo digestivo. Le osservazioni di questo genere, raccolte ad un' epoca in cui la diagnosi locale era poco certa ed ove le ricerche anatomiche erano incomplete, non meritano alcuna confidenza.

Etiologia ed anatomia patologica. — Gli spari cadaverici provano che le cause organiche dell' ileo sono numerose e che hanno sede ora fuori degli intestini, ora nelle loro pareti, ed ora nelle loro cavità.

Quindi si son vedute anse intestinali essere compresse, strozzate da un imbrigliamento fibroso accidentalmente sviluppato nel peritoneo, o pure dall' appendice ciecale, da un deviamiento dello intestino o da una frangia epiploica la quale, contraendo certe aderenze col loro estremo libero, formano allora nel ventre una specie di cordone teso, e descrivono un semi anello nel quale lo intestino può impegnarsi e rimaner strozzato. Altre volte l'ansa intestinale rimane strozzata aggirandosi attorno di uno di questi imbrigliamenti (Manoury, Esquirol); altra volta è l'appendice ciecale o uno deviamiento che si getta verso lo intestino e vi si attacca o che lo stringe con una specie di nodo, siccome il Signor Lévy ne cita un caso notabilissimo nella *Gazette médicale* del 1845. Si citano pure de' casi in cui un'ansa intestinale essendosi impegnata a traverso un rovesciamento del diaframma, e in una insolita apertura dello epiploon o del mesentero, si strozza nello stesso modo come se passasse a traverso

so di uno degli anelli erniari. La chiusura degl' intestini può anche essere prodotta dalla compressione esercitata da un tumore esterno: quindi è che leggesi nell' *Anatomie* del Signor Pétrequin e nella *Gazette médicale* del 1843, del 1846 e 1847, siccome nella *Union* del 1847, la storia d'individui i quali perivano per un ileo prodotto dallo spostamento della milza, la quale, aumentata di volume, cadeva nella parte inferiore dello addome, e comprimeva e chiudeva l'intestino tenue o crasso. Tra tutte le cause però dell' ileo la più rara forse è quella che consiste in un movimento di rotazione della massa intestinale, la quale fa provare alle anse un tale storcimento, che la loro cavità è necessariamente ristretta ed intieramente chiusa.

Le cause organiche che hanno sede nelle pareti sono la chiusura congenita dell' ano, la mancanza del retto, le degenerazioni scirroze o cancerigne dello intestino, il prodotto cistico idatico tra le membrane (Laennec); le quali cause tutte fanno in fine sparire la cavità intestinale. In fine le cause dell' ileo che hanno sede nella stessa cavità dello intestino sono lo accumulo delle fecce indurate, de' corpi estranei, o i noccioli di frutti, in fine un invaginamento, malattia che studieremo di proposito.

In quelli che muoiono per l' ileo, oltre al una delle cause che abbiamo citate, si trovano diverse alterazioni che ne sono la conseguenza: quindi lo intestino è molto dilatato al di sopra dell' ostacolo e contratto al di sotto; quasi sempre esiste una peritonite generale che può dipendere dalla estrema tensione dello intestino, ma che risulta il più delle volte da un versamento stercoraceo consecutivo alla rottura o laceramento dell' organo, sopravvenuto nel caso di strozzamento, immediatamente al di sopra del punto compresso o sopra il punto istesso del restringimento. Il perforamento è rarissimamente luogo pel solo eccesso di tensione; quasi sempre è consecutivo alla gangrena dello intestino o ad una specie di ammolimento infiammatorio; qualche volta infine il restringimento è sì violento, che le membrane sono veramente troncate siccome lo sarebbero da uno strumento tagliente.

Sintomi, corso, durata. — I sintomi di chiusura intestinale si manifestano a poco a poco o in modo inaspettato. Se si sviluppano lentamente, sono preceduti da diversi disturbi degli organi digestivi; osservasi ciò quando la chiusura dipende da un accumulo di fecce o dal progresso di una organica lesione delle pareti intestinali. Ma se, e ciò avviene più spesso, la chiusura è prodotta dallo strozzamento dello intestino, operato da uno imbrigliamento o da un anello, lo sviluppo è improvviso come nella maggior parte delle ernie incarcerate. Quindi gl'individui sono soprassatti in mezzo alla più perfetta salute, ed il più delle volte senza causa manifesta, alcune volte dopo un co-

pioso pranzo, un cammino o uno sforzo, da un dolore vivo, dapprima circoscritto all'ombelico, verso i fianchi, nelle fosse iliaiche, e che tosto si propaga in tutto il ventre. Questo dolore è continuo, esacerbante; strappa gli urli; gli ammalati lo paragonano al pizzicamento, ad uno storcimento; molti si dimenano per terra o nel letto, in uno stato di ansietà e di estrema agitazione. Da questo momento, i vomiti alimentizi, mucosi o biliosi hanno luogo; le evacuazioni son sopresse di bolto; i gas non sono più espulsi dall'ano. Il ventre, dapprima poco addolorato sotto il tatto, eccettuato in un punto più o meno circoscritto e che corrisponde alla sede dello strozzamento, si sviluppa; offre un suono timpanitico; tosto si sentono e si veggono scolpite a traverso delle sue pareti le anse intestinali distese, e che sono agitate di tempo in tempo da contrazioni convulsive, durante le quali gli ammalati si lagnano di coliche più violente. Sin dallo sviluppo, la faccia è alterata ed aggrinzita, la sete viva, la respirazione frequente e penosa, in ragione dello sviluppo del ventre; il polso è piccolo, stretto, la pelle calda, umida. Se lo strozzamento continua si mostra il singhiozzo, i vomiti sono più frequenti; tosto sono unicamente formati da materie stercoracee, giallastre, liquidi, conosciuti al loro odore caratteristico, e che attraversando la gola e la bocca fanno provare al paziente un sapore orribile. Spesso allora esistono i segni di peritonite; il ventre è sensibilissimo alla pressione; il singhiozzo è continuo e penosissimo: la voce è spenta; gli occhi sono incavati, circondati da un cerchio livido; tutta la faccia è dimagrata e profondamente alterata; il polso è quasi insensibile, irregolare, di una estrema frequenza; la pelle è coperta di freddo sudore; la prostrazione è estrema; in fine gli ammalati, periscono, conservando il più delle volte il pieno uso della loro ragione; molti però finiscono di soffrire e si sentono bene alcune ore prima la loro morte.

L'ileo è sempre un corso acuto; però questo è in generale meno rapido di quello de' strozzamenti erniari, ne quali il restringimento dello intestino è maggiore: è pur raro che nel primo caso, la morte abbia luogo prima del sesto o settimo giorno: spesso gli ammalati contrastano per due settenari; se ne sono veduti però di quelli che son periti dopo ventiquattro o trentasei ore. La morte, benchè ordinaria, non è però un esito costante dell'ileo: quindi è che alcuni dopo aver sofferto per molti giorni i vomiti stercoracei, si ristabiliscono qualche volta; le materie fecali ed i gas ripigliano il loro corso; il ventre si abbassa, il polso acquista la sua frequenza e si rialza. Mi è stato dato, nel 1834, osservare un caso di questo genere in compagnia del Signor Martino Solon, e più recentemente (dicembre 1845), ne è raccolto un altro esempio all'Hôtel-Dieu.

Diagnosi. — Un dolore vivo, lacerante, i singhiozzi, i vomiti di muco; di bile e di fecce, una ostinata costipazione, caratterizzano lo strozzamento intestinale. Si conosce che questo strozzamento è interno per la mancanza del tumore duro ne' punti ove è solito formarsi le ernie. Torna però molto difficile precisare quale sia la causa organica che produce la chiusura dello intestino. Se gli accidenti si sono manifestati bruscamente, si sospetterà che lo strangolamento è determinato da qualche imbrigliamento o da un anello che esiste accidentalmente nel peritoneo. Se lo ammalato va soggetto alla costipazione o alle alternative di costipazione e di diarrea, se soffre in un punto del ventre, se per abitudine à un poco di meteorismo, se è dimagrato, bisognerà credere qualche lesione organica dello intestino. La chiusura intestinale per accumulo di materie stercoracee si conoscerà dalla esistenza di un tumore rugoso, duro, matto, situato sullo intestino crasso, specialmente verso una delle fosse iliaiche.

Pronostico. — L' ileo è una delle malattie più pericolose; la gravezza però varia molto secondo la causa produttrice. La chiusura per ammasso di materie fecali è quella della quale si può più facilmente trionfare. Quella prodotta da' progressi di una lesione organica non lascia alcuna speranza di salute. La peritonite è un accidente che deve sempre aggravare il pronostico, poichè la morte n' è quasi sempre un prossimo effetto.

Cura. — Si è consigliato in speziellà di ristabilire il corso naturale delle materie fecali ne' casi d' ileo mediante i purganti drastici amministrati per la bocca e per clisteri. Questi medicamenti sono sempre indicati quando la chiusura è prodotta dallo accumulo di fecce indurate; ma tornano inutili ed anche nocevoli quando avvi lesione organica dello intestino: in fine dati ne' casi di strozzamento, possono spesso, per le contrazioni che risvegliano, svincolare lo intestino; però qualche volta producono lo effetto contrario. La introduzione del fumo di tabacco nel retto e lo stabilimento di una corrente galvanica tra la bocca e l' ano, proposta dal Signor Leroy d' Etiolles, sono mezzi poco efficaci. I vomitivi consigliati da alcuni e la introduzione del mercurio liquido nello stomaco, delle palline di piombo, ec. sono pratiche nocive ed affatto cadute in disuso. Uno dei mezzi più efficaci per distruggere la chiusura per strozzamento per invaginamento, ed anche quella che dipende da un ammasso stercoraceo, consiste nell' applicazione del freddo: quindi le vesciche piene di neve saranno collocate sul ventre; si amministreranno allo ammalato i clisteri freddi ed i bagni ghiacciati. Questi mezzi sono utili concentrando i gas ed eccitando la contrazione intestinale. Da questi mezzi è ottenuto la guarigione inaspettata di un ileo accompagnato da vomiti stercoracei. Pur

tuttavia pria di ricorrere a questa pratica, che spesso à prodotto un opposto risultato a quello che si sperava, conviene, ne' casi di chiusura per strozzamento, di mettere in pratica i bagni tiepidi e prolungati, di coprire il ventre con cataplasmi emollienti, ed applicare, al livello del punto, in cui si suppone l'ostacolo, un maggiore o minor numero di sanguisughe. Gli antispasmodici, sgorgando i tessuti e diminuendo lo spasmo delle parti, hanno fatto scomparire qualche volta lo strozzamento. Convengono specialmente quando i dolori sono vivi, e sono indispensabili ogni qualvolta l'ileo si complica a peritonite: in quest'ultimo caso, bisognerà di più unirvi le unzioni mercuriali. (Vedi, per compimento, la storia degl' invaginamenti intestinali, alla fine del volume).

DELLE DILATAZIONI

La dilatazione è lo ingrandimento insolito delle cavità e dei canali naturali del corpo umano. Le dilatazioni degli organi cavi riconoscono quasi sempre per causa un ostacolo meccanico, permanente o momentaneo, il quale, opponendosi al corso delle materie solide o liquide che vi circolano, forzano queste ad accumularsi in un punto, siccome lo abbiamo già esposto parlando de' restringimenti e delle chiusure: altre volte il dilatamento risulta dal perchè i fluidi, segregati in maggiore abbondanza e non scorrendo più con sufficiente rapidità al di fuori, si accumulano ne' loro canali. In questo modo, per esempio, hanno luogo molte dilatazioni de' bronchi, siccome lo abbiamo già detto parlando della bronchite capillare. Però sarebbe un errore quante volte si credesse che le dilatazioni si formano sempre come abbiain detto. Vedremo in fatti che alcune volte certe cavità del corpo si dilatano senza ostacolo antecedente ed in modo spontaneo; almeno torna impossibile poter colpire l'azione di alcuna causa: osserviamo ciò con particolarità per le vescichette de' polmoni e, pel cuore. Alcuni autori hanno supposto che in questi casi aveva dovuto esistere un' atonia, una debolezza, una paralisi del tessuto, che non permetterebbe a questo di reagire sì efficacemente contro la forza espansiva de' fluidi: ciò però non è che ipotesi.

La dilatazione è più o meno considerabile: le pareti dell'organo dilatato conservano ora la loro spessezza, altra volta sono assottigliate, atrofiate: altre volte sono più spesse ed ipertrofiate in uno o molti degli elementi anatomici che le compongono. Questa ipertrofia affetta specialmente lo strato muscolare, quando n' esiste uno. In quest'ultimo caso, l'aumento di energia che le pareti ipertrofiate acquistano compensano la debolez-

za relativa che la dilatazione produce, e permette all' organo di reagire su i fluidi accumulati in maggior quantità. Il contrario à luogo quando le pareti sono assottigliate, ed anche quando non àn subito alcun cambiamento; perchè si comprende che in questi casi, ed avuto riguardo allo ingrandimento dell' organo, esse sono relativamente molto più deboli. Il dilatamento può essere portato a tal punto da distruggere completamente la elasticità delle parti; può anche, quando è eccessiva, essere seguita da rottura, o pure lo eccesso di distendimento determina la infiammazione, la ulcerazione, la cangrena del tessuto, il quale si fora, ed allora i liquidi contenuti, scappando via fuori, possono essere la causa di novelli accidenti.

I disturbi funzionali prodotti da' dilatamenti risultano specialmente dalla lentezza del corso de' fluidi, dal loro insolito accumulo, e da' fenomeni di compressione che esercitano su i tessuti vicini.

DELLA DILATAZIONE DE' BRONCHI

La dilatazione de' bronchi è una lesione che passò inosservata sino a Laënnec. Descritta per la prima volta da questo grand' uomo, è stata poscia l' oggetto di alcune ricerche per parte del Signor Andral nel tomo III° de la Clinique, e del Signor Raynaud, nel sesto volume del Dictionnaire de Médecine. Senza essere una malattia precisamente rara, la dilatazione dei bronchi però è poco comune, perchè nello spazio di un anno appena se ne osservano due casi in un servizio attivissimo di spedale.

Caratteri anatomici. — La dilatazione de' bronchi si presenta sotto diverse forme: il più delle volte si trova un solo o pure molti tubi bronchiali che presentano in tutta la loro estensione un aumento uniforme del loro calibro: qualche volta essa è moltissima da permettere la introduzione del dito minimo, e che termina spesso a forma di cul di sacco alla superficie dell' organo. Altre volte la dilatazione è circoscritta ad un sol punto del condotto, il quale presenta a questo livello un rialto che varia dal volume di un acino di canapuccia sino a quello di una noce, che spesso simula una cavità che sarebbe scavata a spese del parenchima polmonale; però fendendo il bronco in tutta la sua lunghezza torna facile evitare lo errore, perchè scorgesi allora esistere una perfetta continuità di tessuti tra i punti dilatati e quelli ove il bronco à conservato il suo calibro. Se molti tubi vicini o sovrapposti gli uni agli altri àno subito la stessa dilatazione, essi formeranno colla loro riunione un enorme tumore, e se queste diverse ampolle comunicano tra loro, potranno simulare certe caverne tubercolose. In fine la terza spe-

cie di dilatazione bronchiale consiste in una serie di protuberanze fusiformi, tra le quali il tubo aereo riprende il suo calibro naturale; questa vien chiamata da Ellioston *dilatation en chapelet*.

Qualunque sia la forma della dilatazione, la cavità del bronco ammalato contiene per lo più un liquido puriforme più o meno abbondante. Studiando i cambiamenti che le pareti de' bronchi han subito al livello de' punti dilatati, si trova che la loro spessezza e la loro consistenza erano rimaste nello stato normale; altre volte i diversi elementi anatomici che le compongono han subito una specie d'ipertrofia; in fine i tessuti han provato in alcuni altri casi una tale atrofia, da sconoscere la loro struttura primitiva: allora sono confusi, ed il bronco presenta ne' punti dilatati la tenuità di una pellicola di cipolla. Però in tutti i tessuti ch'entrano nella composizione de' bronchi, la mucosa è quella che più frequentemente trovasi alterata: quindi è che trovasi spessita o assottigliata, ineguale alla sua superficie, ammollita, azzurrognola. Se la dilatazione è molta, il tessuto polmonale vicino è appassito, addensato, meno permeabile, senza essere però indurato siccome lo è attorno le caverne.

La dilatazione de' bronchi può esistere in tutte le parti del polmone; è però più comune nel lobo superiore ed al bordo anteriore (Laënnec). Circoscritta quasi sempre ad un piccolo numero di ramificazioni bronchiali, può non pertanto occupare tutto un intero lobo.

Sintomi. — Non è mai possibile fissar lo sviluppo della dilatazione de' bronchi. Al momento in cui si verifica questa dilatazione, si sa dagli ammalati che essi hanno tosse da moltissimi anni; essi espellono una grande quantità di sputi puriformi, densi spesso fetidi. L'abbondanza de' sputi aumenta qualche volta allo improvviso, e gli ammalati emettono allora, in seguito di conati penosi di tosse e con sforzi di vomito, un'onda di liquido opaco, puriforme, il quale per lo più emana un odore di aglio. Quando l'affezione è semplice, per lo più non esiste nè dolore nè oppressione nel petto: la esplorazione però presenta importantissimi risultati. Se la dilatazione è uniforme e poco estesa, dalla percussione non si ottiene alcuna modifica nel suono; non così però quando la dilatazione è molta, e se molti condotti essendo affetti in un piccolo spazio, il tessuto polmonale intermedio è meno permeabile. In questo caso, in fatti, la percussione fa conoscere sopra una superficie più o meno estesa una diminuzione nel suono e nella elasticità; sotto l'ascoltazione si scorge spesso un sollio bronchiale meno permeabile. In questo caso, in fatti, la percussione fa conoscere sopra una superficie più o meno estesa una diminuzione nel suono e nella elasticità; sotto l'ascoltazione si scorge spesso un soffio bronchiale fortissimo con una broncofonia diffusa, accompa-

gnata da un rantolo mucoso umidissimo e grossissimo. In fatti ciò è luogo, frequentissimamente quando la dilatazione è molta ed uniforme. Se per lo contrario, questa, circoscritta in un punto del tubo, forma un' ampolla alquanto vasta, allora si scorgevano piuttosto i segni di uno incavo, cioè il soffio ed il rantolo cavernoso con un pettoriloquio più o meno perfetto, come se esistesse una caverna (Vedi *Eticia*).

Qualunque sia la forma della lesione, in generale non esistono fenomeni generali gravi. In fatti lo appetito e la nutrizione si conservano, purchè però, l'alterazione essendo molto estesa, la segrezione morbosa non sia molta; perchè in questo caso, gli ammalati possono dimagrirsi, depauperarsi, e presentare anche i sintomi della febbre etica.

Corso, durata, esiti. — La dilatazione de' bronchi è un corso lento; cronico; la malattia va soggetta alle esacerbazioni dipendenti dal perchè una bronchite acuta s'innesta ad una bronchite cronica, la quale continua sempre ad un grado più o meno distinto. La dilatazione de' bronchi è una durata indeterminata. In casi eccezionali soltanto può produrre la morte degli ammalati. In generale questi muoiono soltanto in seguito di qualche complicazione come i tubercoli o la pneumonia. Abbiám detto più sopra che la mucosa de' bronchi dilatati poteva essere colpita da cangrena in alcuni casi.

Diagnosi. — La dilatazione de' bronchi non può essere confusa che colle caverne tubercolose; in fatti, in un individuo colpito dalla prima lesione, si potrebbe, ponendo mente a' caratteri della espettorazione, e specialmente a' risultati che presenta l'ascoltazione, credere alla esistenza de' tubercoli. Vedremo però che questi, specialmente quando hanno prodotte le caverne, si accompagnano a depauperamento ed a' segni di consunzione: gli ammalati dimagrano, hanno una febbre etica, sudori notturni, e la maggior parte soffrono una diarrea colliquativa. Tutti questi accidenti, i quali non esistono ne' casi di dilatazione semplice de' bronchi, permetterebbero di stabilire quasi con certezza la diagnosi differenziale. Però novelli elementi saranno atinti nel corso differente delle due affezioni. Oltre a che, convien sapere che i segni fisici dipendenti da una dilatazione de' bronchi, esistono forse più spesso alla parte media del polmone che alla somità dell'organo, viceversa di ciò che osservasi nella eticia. Esistono però alcuni casi in cui l'uomo più abile e più versato nello studio delle malattie del petto può cadere in errore: ciò accade, per esempio, quando la dilatazione de' bronchi esiste affatto alla somità del lobo superiore in un individuo debole, malaticcio, e che tossisce da lungo tempo.

Pronostico. — La dilatazione bronchiale senza essere grave per se stessa ciò non pertanto è una malattia incomoda, e che

rende gl'individui più disposti a contrarre le bronchiti acute e le pneumoniti, malattie che ne uccidono moltissimi; oltre a che l'alterazione è incurabile.

Pronostico. — La dilatazione bronchiale senza essere grave per se stessa ciò non pertanto è una malattia incomoda, e che rende gl'individui più disposti a contrarre le bronchite acute e le pneumoniti, malattie che ne uccidono moltissimi; oltre a che l'alterazione è incurabile.

Etiologia. — La dilatazione de' bronchi non è una malattia rarissima della infanzia, si osserva però negli adulti che hanno tosse da moltissimi anni. Le bronchiti ripetute sembrano essere la causa della malattia: lo sviluppo di questa spiegasi in modo meccanico. In fatti bisogna supporre con Laënnec che le mucosità accumulate in un punto dell'albero respiratorio possono dilatarlo. Se dopo aver espulsi questi sputi, la mucosa flogosata ne segrega degli altri, e se il primo accumulo si riproduce in tal guisa molte volte, la dilatazione si farà in fine permanente. Egli è certo che un gran numero di dilatazioni bronchiali si sviluppano dietro il meccanismo indicato da Laënnec: ne abbiamo veduto una prova nel precedente volume parlando della bronchite capillare. Inoltre, questa spiega conta pure in suo favore l'analogia; poichè vedremo che quasi tutti i serbatoi ed i canali della economia non si dilatano che in seguito di un ostacolo il quale forza i liquidi ad accumularsi o a soggiornare maggior tempo del solito nello interno.

Cura. — La cura è quella stessa della bronchite cronica. (Vedi questa malattia nel t. 1.^o).

DELLA DILATAZIONE DELLE VESCICHETTE POLMONALI O DELLO ENFISEMA VESCICOLARE DE' POLMONI

L'enfisema vescicolare de' polmoni è caratterizzato anatomicamente dalla dilatazione di un numero più o meno grande di vescichette polmonali.

Storia. — Benchè a differenti epoche gli autori, e specialmente Bonnet e Morgagni, abbiano parlato di polmoni distesi dall'aria; benchè Storck, Van-Swieten, e specialmente Floyer, nel suo Trattato dell' asma, avessero indicato la esistenza di vescichette sotto-pleurali; quantunque Valsalva, Ruysch, e più di recente Baillie e Barrère, avessero parlato di dilatazione delle stesse vescichette, e che molti tra essi avessero riconosciuto la relazione che esiste tra questa lesione e l'asma, però bisogna conoscere che Laënnec fu il primo il quale descrisse lo enfisema de' polmoni; in fatti fu lui il quale ne precisò i caratteri anatomici e che apprese a diagnosticarlo durante la vita. Un altro

autore eminente, il Signor Louis, avendo fatto più di recente speciali ricerche su questa malattia, le quali si leggeranno nel t. 1.^o *des Mémoires de la Société médicale d'observation*, ha recato più di precisione ancora nella descrizione che egli ne ha dato, ed ha indicato alcune particolarità che erano sfugite a Laënnec; in fine Jackson, nelle sue lettere, il dottore Stokes negli *Archives* del 1836, ed il Signor professor Gavarret nella sua eccellente tesi (1843), hanno saputo aggiungere alcuni risultati a quelli de' medici che abbiamo citati.

Caratteri anatomici. — I polmoni enfisemati non si abbassano nell'apertura del petto; per lo contrario trovandosi stretti in questa cavità, scappan via a misura che lo scalpello divide le coste. In ragione dello aumento di volume che hanno subito, si vede che ricoprono intieramente il cuore, spesso ancora si ricoprono tra loro; finalmente non è rara cosa trovare che il cuore ed i mediastini siano deviati, spostati; che il diaframma sia spinto in sotto, e la parete toracica anteriore abbia subito una dilatazione parziale o generale, con ingrandimento degli spazi intercostali. Se si preme il polmone enfisemato, tra le dita, è meno crepitante; il suo tessuto sembra più spesso; offre la sensazione che provasi maneggiando un cuscino di penne (Laënnec); incidendolo si trova meno umido e quasi esangue. Collocato in un vaso ripieno di acqua, vi s'immerge meno di un polmone sano. Esaminandolo accuratamente, si scorge un maggiore o minor numero di vescichette manifestamente ingrandite; la maggior parte hanno un volume di un granello di miglio; alcune possono anche divenir tanto grosse quanto un nocciolo di ciriegia o un faggiolo. Però i tumori vescicolari de' polmoni che presentano di sì grandi dimensioni sono raramente formati dalla dilatazione di una sola vescica, e quasi sempre risultano dalla rottura di molte vescichette, le quali altro non formano che un focolaro comune nel quale l'aria si sparge (Laënnec). Le vescichette dilatate non formano spesso alcun rilievo; altre volte oltrepassano più o meno la superficie de' polmoni e vi formano de' piccoli tumori globosi a larga base o pedunculati. Premendo su questi tumori, si possono vuotare; ciò non pertanto l'aria non camina sotto la pleura. Però la maggiore distensione delle vescichette produce finalmente la rottura e lo stravasamento dell'aria ne' tessuti cellulari intervescicolare e sottopleurale. Allora si veggono alla sua superficie de' polmoni piccoli tumori di forma irregolare, di variabile volume, che caratterizzano lo enfisema intervescicolare di cui abbiamo parlato dettagliatamente alla fine del precedente volume. Per ben conoscere lo stato del polmone nello enfisema, Laënnec ed il Signor Louis consigliano d'insufflare l'organo, di farlo disseccare, e di tagliarlo peccia con un rasoio bene affilato; si conoscono allora sotto il ta-

glio, diverse cavità formate le une dalla dilatazione di una sola vescichetta o dalla riunione di molte tra esse, e le altre dallo stravasamento dell'aria nel tessuto cellulare. Si può anche vedere, con i signori Andral e Bourguery, che le pareti di queste cavità sono, le une ipertrofiate, le altre assottigliate, forate o distrutte.

Da' dettagli che precedono si vede, che noi ammettiamo ancora lo enfisema tal quale Laënnec ed il Signor Louis lo hanno descritto. Questa dottrina non per tanto è trovata due formidabili avversari in questi due ultimi anni. Quindi il Signor Prus, e dopo di lui i signori Bouvier, Gavarret e Requin, negano positivamente che le vescichette polmonali potessero dilatarsi a segno da costituire l'enfisema. Essi credono che le pareti di queste piccole cavità si lacerano quasi al momento istesso in cui si dilatano: così per questi medici, lo enfisema è sempre costituito dallo infiltramento dell'aria nel tessuto cellulare del polmone, specialmente nel tessuto intervescicolare. Non sapremo essere partigiani di questa opinione, talleso che in teoria non avvi nulla d'impossibile che le vescichette, comunque sottili, si dilatino; aggiungiamo poi che crediamo aver veduto, come molti altri, questa dilatazione senza rottura antecedente, ne' polmoni enfisemati e che abbiamo esaminati dopo il disseccamento.

Lo enfisema è più o meno esteso; può occupare i due polmoni o essere limitato ad uno di questi organi, o anche ad un sol lobo. Il Signor Louis ha provato che i due polmoni erano egualmente predisposti allo enfisema; che le alterazioni erano tanto più estese in quanto gl'individui erano più vecchi e la malattia più antica; infine che i bordi taglienti erano il punto in cui le vescichette avevano il loro massimo di sviluppo. Questi risultati sono concordi con quelli che il Signor Delafond ha ottenuti negli animali.

Negl'individui affetti da enfisema, si può trovare una dilatazione de' bronchi; però questa lesione, siccome lo prova il Signor Louis, non è più comune in essi che in quelli della stessa età non colpiti da enfisema. I tubercoli sono per lo contrario meno comuni. Risulta quindi dalle ricerche dello stesso osservatore che lo enfisema è estraneo al prodotto delle aderenze de' polmoni. I signori Louis e Stokes hanno finalmente trovato che in quelli affetti da enfisema il cuore era più voluminoso, e che la sua dilatazione era in rapporto colla estensione e l'antichità dello enfisema: questo fatto è oggi perfettamente stabilito.

Il Signor Desportes ha studiato la natura de' gas contenuti nelle parti enfisemate de' polmoni, ed ha trovato ora l'aria atmosferica pura, ora l'acido carbonico o pure l'azoto. Quest'ultimo gas è quello che il Signor Bouchardat ha rinvenuto ne' polmoni enfisemati che gli è stato dato osservare.

Sintomi. — Lo enfisema de' polmoni è sintomaticamente caratterizzato da una dispnea abituale che si esacerba a certi intervalli, per la tosse, per le alterazioni del rumore respiratorio e del suono, come anche per i cambiamenti sopravvenuti nella conformazione del petto.

1.^o *Dispnea.* — La dispnea è un fenomeno a poco presso costante. Il Signor Louis à dimostrato che risaliva spesso alla infanzia (16 su 24), altre volte più tardi; di rado però sviluppa dopo cinquant'anni. Essa è abituale, aumenta colle fatiche corporali, co' patemi morali, coll'abitazione di un luogo elevato, e colla gonfiezza gassosa dello stomaco e degl'intestini, ec., i suoi progressi sono lenti, però oltre degl'intervalli irregolarissimi di esasperamenti che per lo più si manifestano allo improvviso durante la notte. Gli ammalati trovansi allora obbligati di sedersi precipitosamente sul letto, qualche volta uscirne per respirare: la respirazione è accelerata; l'ansietà estrema; spesso avvi imminente soffocazione. Questi accessi possono durare alcune ore soltanto; qualche volta si prolungano per molti giorni, e la dispnea, diminuendo d'intensità, rimane qualche volta uno o due settenari ancora intesa tanto da privare gli ammalati del sonno e forzarli a rimanere assisi nella immobilità e nel silenzio. Questi accessi si mostrano qualche volta spontaneamente; il più spesso però sono prodotti da patemi morali, da variazioni atmosferiche o dalla invasione di una bronchite acuta. Queste crisi si mostrano ad intervalli più o meno lontani ed hanno quasi lo effetto costante di aumentare la dispnea abituale.

La dispnea, nello enfisema, spiegasi per la compressione che le vescichette dilatate esercitano su quelle che sono nello stato sano. Per rendersi ragione degli accessi bisogna supporre che le vescichette acquistano accidentalmente un aumento di ampiezza; o che alcune essendosi rotte, il tessuto cellulare intervescicolare si è infiltrato di gas: da ciò una novella causa di compressione e di ostacolo nella circolazione dell'aria.

2.^o *Configurazione del torace.* — La deformità del petto sembra essere uno degli accidenti più comuni dello enfisema, poichè essa è stata osservata a differenti gradi in 60 ammalati de' quali i Signori Louis e Woillez hanno raccolta la storia (1). Questa deformità può essere *generale*, cioè occupare tutto un lato o anche due lati del petto nello stesso tempo; il più delle volte poi è *parziale* soltanto, cioè limitata ad un punto più o meno circoscritto. La deformità generale non si osserva affatto

(1) Woillez, *Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, p. 23, Paris, 1838.

che in quei vecchi ne' quali lo sviluppo dello enfisema risale ad un'epoca molto lontana. Quando questa deformità esiste, il petto prende una forma globosa, gonfia; gli spazi intercostali sono più larghi e perfettamente pronunziati. La protuberanza di cui trattasi, più frequente a sinistra che a destra, occupa la faccia anteriore e laterale del petto a partire dalla clavicola che sembra meno protuberante, perchè il cavo sottoclavicolare si trova più o meno cancellato. Però nella maggior parte de' casi, esistono soltanto deformità parziali. Le più frequenti sono quelle le quali, cominciando sotto l'una delle clavicole, si estendono sin presso la mammella, e qualche volta un poco più in là (protuberanza *cleido mammellare*). In qualche caso, la protuberanza è limitata in vicinanza dello sterno e si estende nello spazio compreso tra la parte laterale di quest'osso, la mammella e la seconda costa (sterno-mammellare). In fine il Signor Louis ha descritto una protuberanza quasi sì frequente quanto la prima, generalmente coesistente con essa, e che osservasi nella regione sottoclavicolare (protuberanza *sotto-clavicolare*). Il cavo che esiste in questo punto nello stato normale è allora più o meno cancellato; ciò rilevasi specialmente dal paragone che si fa colla parte ammalata. In fine in alcuni casi, si è osservato in dietro, sul dorso, una protuberanza simile a quella che abbiamo indicata in avanti.

Da quel che precede e dall'analisi di moltissime osservazioni praticate da' Signori Louis e Woillez risulta. 1.° che le dilatazioni parziali, più comuni delle dilatazioni generali, occupano quasi sempre la faccia anteriore, il che spiegasi richiamando alla mente che lo enfisema ha sede specialmente sul bordo anteriore de' polmoni, e che le vescichette hanno in quel punto il loro massimo di dilatazione; 2.° che le dilatazioni parziali sono più frequenti a sinistra che a destra, ne' rapporti di 15:7 (Jackron), di 8:4 (Louis), di 10:3 (Woillez), circostanza difficile a spiegarsi; 3.° in fine, che le dilatazioni parziali o generali sono sempre formate contemporaneamente e per la protuberanza delle coste e per quella de' muscoli intercostali: questi ingranditi o protuberanti al livello delle deformità, continuano, per lo contrario, ad essere depressi, come nello stato normale nel resto del petto.

Dobbiamo ravvicinare alle deformità toraciche lo spostamento che il diaframma subisce qualche volta, e che W. Stokes ha bene studiato. In questi casi, la respirazione è più incomoda, l'epigastrio è picco, resistente: il fegato oltrepassa l'arco costale; il cuore è abbassato qualche volta a tal segno da corrispondere al nono o decimo spazio intercostale. In fine la sonorità ed il rumore respiratorio possono essere avvertiti al livello dell'ultima costa ed in avanti sino a 6 centimetri al di sotto del-

la cartilagine sifoide. Quando il diaframma è spostato, non avvi ordinariamente curvatura alla parte superiore del torace.

3.° *Sonorità del petto.* — Percuotendo il petto, si ottiene un suono più chiaro del solito, però non è sì timpanitico quanto quello che dà il pneumotorace; differisce ancora dal suono che sentesi nello stato sano, in quanto che non è modificato durante una forte inspirazione (Stokes). Nello enfisema, il dito che percuote è in oltre la sensazione di una maggiore elasticità, il che si spiega per la maggior quantità di aria che i polmoni enfisemati rinchiudono. Questi fenomeni non esistono egualmente in tutti i punti del petto; ma hanno il loro massimo d'intensità al livello delle protuberanze che abbiamo descritte. Quando poi la deformità è generale, tutto il petto è egualmente sonoro; di più applicando la mano mentre che lo ammalato parla, si sente appena la vibrazione naturale delle pareti; ciò spiegasi forse meno per la rarefazione del tessuto polmonale che per la maggior massa di aria che contiene.

4.° *Ascoltazione.* — Nello enfisema, avvi diminuzione o mancanza completa del rumore respiratorio, ciò che sembra potersi spiegare perchè un certo numero di cellule già distese dall'aria sono impermeabili alla colonna del fluido che arriva nel petto a ciascuna inspirazione. Questi fenomeni di ascoltazione sono però più limitati ad un punto più o meno circoscritto; si osservano specialmente al livello delle protuberanze, e là dove esiste un suono esagerato. Qualche volta invece di essere indebolito, il mormorio vescicolare è solo perduto la sua dolcezza, la sua mollezza: esso è aspro, secco, e spesso allora il rumore della espirazione, appena distinto nello stato normale, è più o meno aspro e prolungato. L'ascoltazione degli individui enfisemati mostra pure la esistenza del rantolo sibilante romoreggiante, mucoso e sotto crepitante, cioè di tutti i rantoli della bronchite. I due primi esistono disseminati in tutto il petto al livello delle protuberanze. Gli altri non sono generalmente intesi che in dietro, alla base ed alla radice de' due polmoni e presso a poco egualmente dall'uno e dall'altro lato. In alcuni casi rarissimi, il rantolo sotto crepitante esiste nella quasi totalità della estensione del petto ed al livello delle stesse protuberanze.

Questi rumori morbosi non offrono niente di caratteristico relativamente allo enfisema; essi indicano solamente una complicazione catarrale. A questo bisogna attribuire la tosse più o meno forte e penosa che soffrono gli enfisemati, gli sputi più o meno abbondanti che rigettono, e finalmente i dolori toracici, i quali in generale sono quasi sempre limitati alla parte anteriore.

5.° *Disturbi circolatori.* — Il Signor Louis ha trovato che la metà degli enfisemati provavano palpitazioni; che queste co-

minciavano ad un' epoca più o meno lontana dallo sviluppo; in fine che quando la malattia era antica, si manifestava lo edema, il quale, come le palpitazioni, si rannoda, non allo enfisema, ma ad una malattia del cuore che viene a complicarlo.

Corso, durata, esiti. — Lo enfisema, è una malattia cronica il cui sviluppo è oscuro ed il corso lentissimo. Nello stato ordinario non produce altro incomodo che un poco di dispnea, che si aumenta colla età, si acerbata di tempo in tempo sotto la influenza delle cause di cui abbiám parlato, e che ritorna in fine sotto forma di accessi (*accessi di asma*). Lo enfisema dura un variato numero di anni; si citano però alcuni casi in cui la morte sarebbe sopravvenuta dopo uno o due mesi; però in questi ammalati lo enfisema si complicava a qualche altra malattia grave de' polmoni o del cuore. Lo enfisema, quando è antichissimo ed estesissimo, e si accompagna a bronchite, a molta dispnea, può spossare la costituzione, e produrre la morte in uno stato di lenta asfissia; però il più delle volte gli ammalati periscono per qualche complicazione, specialmente per una affezione organica del cuore, o una malattia acuta intercorrente. In fine in alcuni casi rari, la morte à luogo istantaneamente o rapidissimamente in seguito del brusco sviluppo di un enfisema intervescicolare; questo effetto à luogo qualche volta in mezzo ad un conato di tosse, o dopo violenti sforzi che producono la rottura di alcune vescichette dilatate, e consecutivamente lo spandimento dell' aria nel tessuto cellulare intervescicolare e sotto pleurale. Fatti di questo genere sono stati riportati da molti medici, specialmente dal Signor Prus, nel tomo X^o delle *Mémoires de l'Académie royale de médecine*.

Diagnosi. — I caratteri principali che distinguono lo enfisema, secondo il Signor Louis, possono essere riassunti così; è una malattia apiretica di lunga durata, che sviluppa spesso alla prima gioventù, raramente dopo cinquant'anni, con una dispnea la quale, poco considerabile dapprima, aumenta colla età, si esacerba frequentemente per accessi. Questa dispnea, spesso preceduta da tosse, si accompagna quasi sempre a catarro polmonale ad un' epoca variabile del suo corso; poi si accoppia una deformità del petto quasi sempre parziale, che à sede comunemente nelle regioni sotto-clavicolare e clavicolo-mammaria. Ne' punti protuberanti, la percussione è più sonora e la elasticità maggiore; il rumore respiratorio è debole o negativo; diversi rantoli sono disseminati nel petto, in fine ad un' epoca avanzata, sopravvengono le palpitazioni e lo edema. Una malattia che si presenta collo insieme di questi caratteri altra cosa non può essere che una dilatazione delle vescichette polmonali. Avendo però riguardo ad alcuni segni isolati si potrebbero qua'che volta trovare delle difficoltà; confondere lo

enfisema vescicolare con diverse malattie acute, o croniche dei polmoni, della pleura, del cuore e de' grossi vasi. Quindi una dispnea continua fa spesso supporre esistere una malattia del cuore; ma oltre a che un'attenta esplorazione non giustifica questa maniera di vedere, si può, avendo riguardo solamente all' antichità della dispnea che risale spesso alla infanzia, alla sua persistenza, a' suoi accessi, rannodarla alla esistenza di una dilatazione delle vescichette, perchè non si presenta mai nello stesso modo nelle numerose affezioni del cuore e de' polmoni, delle quali essa è uno de' sintomi più costanti. La dilatazion parziale del petto potrebbe far credere la esistenza di una pleurisia circoscritta, o di un tumore solido specialmente formato dal cuore o da un aneurisma dell' aorta. Ma astrazion fatta de' sintomi che sono speciali a ciascuna di queste malattie, diremo che la percussione può, per se sola, rischiarare la diagnosi; in fatti, presenta un suono esaltato in tutti i casi di enfisema e del suono matto ogni qualvolta la curvatura è prodotta da un liquido o da un tumore solido. Mediante la percussione, avendo riguardo alla maggiore o minore sonorità che presenta, si stabilisce il più delle volte la natura delle lesioni le quali, come lo enfisema vescicolare, indeboliscono più o meno il rumore respiratorio. Quindi la debolezza della respirazione quando dipende da un leggiero versamento pleuritico, o dalla presenza de' tubercoli, la percussione presenterà un suono oscuro o matto. Questa debolezza se dipende dal perchè il bronco principale di un polmone o di uno de' suoi lobi si trova compresso da un tumore (quasi sempre aneurismatico) la sonorità è quasi normale, e mai esaltata: non avvi curvatura, a meno che il tumore non sia vicino alle pareti, ed in quest' ultimo caso si trova un suono matto a questo livello e diversi fenomeni forniti dall' ascoltazione (Vedi *Aneurisma dell' aorta*).

Laënnec credeva potersi distinguere l' un dall' altro lo enfisema vescicolare e lo enfisema interlobulare; però abbiám detto nel primo volume che nessun segno si conosceva proprio di quest' ultima malattia. Le palpitazioni e lo edema sono i due sintomi che fanno sospettare la complicazione dello enfisema colla malattia del cuore. Questi segni hanno tanto maggior valore, in quanto che l' ascoltazione e la percussione non presentano il più delle volte che risultati negativi, in ragione dello aumento del volume del polmone, il quale ricoprendo la region precordiale e spingendo in avanti la parete toracica, fa per ciò che il cuore sia situato ad una maggiore profondità ed è meno accessibile a' mezzi d' investigazione.

Pronostico. — Benchè lo infisema vescicolare non impedisca alcuni individui di percorrere una lunga carriera, deve non pertanto considerarsi siccome una malattia sempre incomoda, e che

il più delle volte abbrevia la vita di coloro che ne sono affetti, e che, come abbiamo detto, è seguita in molti casi da un'affezione organica del cuore. Nessun fatto prova che lo enfisema polmonale sia suscettibile di guarigione. Si comprende però che le vescichette possono riprendere il loro volume quando la dilatazione è stata meccanica, e quando non ha avuto una lunga durata perchè esse abbiano perduto la loro elasticità o perchè siano state colpite da ipertrofia o atrofia.

Cause. — Lo enfisema polmonale è una malattia spesso ereditaria; quindi è che su venti enfisemati osservati da signori Louis e Jackson, ve ne furono diciotto i cui padri o madri erano stati colpiti dalla stessa malattia. Il Signor Piorry à pure osservato la eredità della malattia. Ne' casi in cui lo enfisema vescicolare riconosce una causa ereditaria, comincia il più delle volte prima del ventiduesimo anno (Jackson); sono state pur anche osservate le vescichette molto dilatate ne' fanciulli appena nati. Nulla si conosce di positivo sulla influenza delle differenti cause occasionali nello sviluppo dello enfisema; quindi non è provato che la malattia sia più comune in quelli che esercitano una professione che li costringe a fare grandi sforzi respiratori, o in quelli che sono obbligati a sollevare grandi pesi. Questa causa però sembra probabile; ma la sua azione nello sviluppo dello enfisema vescicolare non è ancora dimostrata, mentre abbiamo provato altrove che lo enfisema intervescicolare era spesso la conseguenza di violenti sforzi. La medicina veterinaria ci à dato pure frequenti esempli. Laënnec à considerato il catarro polmonale secco siccome la causa più diretta e più attiva della dilatazione delle vescichette polmonali; egli ne spiega il meccanismo in modo affatto meccanico. Suppone che le vescichette si trovavano chiuse da un muco vischioso e tenace, o del gonfiamento della mucosa, e l'aria che vi penetra durante una forte inspirazione non può esserne espulsa durante la espirazione: il fluido rimane dunque imprigionato nelle vescichette che deve finalmente dilatare; il Signor Beau à completamente adottato questa teoria meccanica. Laënnec però à per certo esagerato la importanza del catarro polmonale nello sviluppo dello enfisema; in fatti si può oppugnare che in moltissimi casi torna difficile riconoscere la esistenza di un antecedente catarro polmonale; di più, siccome l'osserva il Signor Louis, il maximum dello enfisema à luogo al bordo tagliente del polmone e nella sua vicinanza, mentre che il catarro polmonale acuto intenso à la sua sede primitiva in dietro, in basso; in fine la pneumonia, malgrado lo sviluppo delle vescichette che l'accompagnano, sembra estranea allo sviluppo dello enfisema, ed è questo un fatto che le nostre ricerche hanno confermato: quindi bisogna ammettere che in moltissimi casi la dilatazione delle vescichette e

le altre alterazioni delle loro pareti sono affatto spontanee, cioè che si producono sotto la influenza di cause la cui natura ci è perfettamente sconosciuta. Il Signor Andral professa la stessa opinione. Oltre a che se la bronchite provoca qualche volta lo enfisema, ciò à luogo meno, come lo dice il Signor Gavarret, per la chiusura de' bronchi che determina, che per gli sforzi, i conati di tosse che risveglia.

Cura. — Abbiain veduto che lo enfisema addiveniva specialmente incomodo quando si complicava ad un catarro polmonale acuto; bisogna dunque procurare di prevenir questo mediante una convenevole igiene. Quando la dispnea è mediocre e la bronchite poco intensa, si limiterà all' uso di alcune bevande pettorali e si consiglierà il riposo. Quando la dispnea è più incomoda, quando specialmente presenta delle essacerbazioni, si aggiungono a' mezzi precedenti alcuni rubefacienti sulle membra inferiori, ed i rivellenti sul tubo digestivo. Quando poi la respirazione è molto incomodata, quando la faccia è iniettata, bleu, quando infine esistono i segni di un ostacolo nella circolazione e che i polmoni sono la sede di una congestione, bisogna praticare uno o molti salassi. Nonostante però questi energici mezzi, si vede spesso la dispnea continuare allo stesso grado; si possono allora ottenere buoni effetti coll' uso de' vomitivi (emetico 1 decigramma, o ipecacuana 1 gramma); questi sono indicati specialmente quando la secrezione de' bronchi è bondantissima e quando gli sputi sono difficilmente espulsi. I vomitivi formano la base della cura messa in pratica dal Signor Piorry. Quindi nella maggior parte de' casi, questo professore prescrive lo emetico molti giorni di seguito, alla dose di 25 a 30 centigramme, in 150 o 180 gramme di acqua zuccherata ed aromatizzata: lo ammalato ne prenderà un cucchiaino in ogni mezz' ora o in ogni quarto di ora. In fine quando la bronchite è antica e gl' individui sono deboli, bisogna consigliare l' applicazione di un largo vescicante sulla parete anteriore del petto; ed allo interno, l' uso di alcune bevande alquanto stimolanti, aromatiche, toniche; in fine la complicazione con una malattia del cuore potrà essere la sorgente di novelle indicazioni (vedi le *Malattie del cuore*). Un mezzo più possente forse di quelli che abbiamo enumerati, specialmente contro la dispnea, e l' oppio. Al Signor Louis spetta il merito di avere ciò stabilito, e non à avuto contraddittori, 10 o 15 centigramme bastano il più delle volte; però in alcuni casi ribelli, il Signor Prus non à temuto di spingere progressivamente la dose sino a 60 ed anche 80 centigramme nel corso del giorno. L' oppio non è il solo narcotico che si usa; quindi alcuni medici àn ricorso nelle medesime circostanze, alla belladonna, e la più parte fa fumare le foglie secche di stramonio, che in fatti è un buon mezzo.

Quando si è combattuto il catarro e renduta più facile la respirazione, bisogna raccomandare allo ammalato un convenevole regime, appropriato alle forze ed alla costituzione; nello intervallo degli accessi, si eviteranno tutte le cause che possono provocare la bronchite, o apportare momentaneamente qualche disturbo nella respirazione e nella circolazione. Il Signor Stokes à proposto, quando ogni complicazione era scomparsa, e non rimane che una dilatazione delle vescichette, l'uso della stricnina internamente; egli pensa che questo medicamento può rendere al polmone il grado di contrattilità e di elasticità che sembra aver perduto. Però sin ora nessun fatto à provato la utilità della cura consigliata dall'abile medico irlandese.

Natura della malattia. — Lo enfisema è una malattia speciale essenzialmente caratterizzata dalla dilatazione delle vescichette, le cui pareti hanno inoltre subito diversi cambiamenti nella loro nutrizione (atrofia, ipertrofia, distruzione). Questi cambiamenti debbono rendere la ematosi più difficile, e ciò spiega la dispnea abituale degli ammalati e le affezioni organiche del cuore che spesso ne sono la conseguenza. Abbiain veduto le circostanze che aumentavano accidentalmente la dispnea e che la facevano ritornare ad accessi; ora, in ragione del modo con cui si presenta, alcune persone confondono ancora l'asma coll'enfisema. Proveremo però in seguito che queste due malattie, benchè possono esistere insieme, sono essenzialmente distinte, poichè l'asma è una nevrosi, mentre lo enfisema è una lesione materiale de' polmoni.

DELLE DILATAZIONI DEL CUORE

La dilatazione del cuore è una malattia che consiste nello aumento di capacità di una o molte cavità di quest'organo.

Divisioni. — La dilatazione può svilupparsi soltanto sulle cavità o sugli orifici; in quest'ultimo caso, avvi insufficienza delle valvole: ne parlerò in prosieguo (vedi *Insufficienza*). Quando la dilatazione sviluppa sulle cavità, può coincidere con un aumento di spessezza delle pareti (*ipertrofia con dilatazione, aneurisma attivo* di Corvisart): ciò à luogo più spesso; altre volte per lo contrario le pareti sono assottigliate (*dilatazione con assottigliamento o aneurisma passivo*); questi ultimi casi, benchè rarissimi, lo sono forse meno di quelli ne quali si trovano le pareti della cavità dilatate nella loro normale spessezza (*dilatazione semplice*). Rimandiamo il lettore, per la descrizione della prima specie, a ciò che abbiamo detto prima, trattando della ipertrofia di cuore. In questo luogo tratteremo soltanto della *dilatazione semplice* e della *dilatazione con assotti-*

gliamento. In fine la dilatazione del cuore è stata pur distinta in *generale* ed in *parziale*. La prima, che à luogo su tutta la circonferenza della cavità, è la sola di cui ci occupiamo attualmente; la seconda, che costituisce l'*aneurisma falso consecutivo* di alcuni autori, sarà studiata in un speciale articolo.

Anatomia patologica. — Per determinare sul cadavere se i ventricoli siano dilatati, bisogna conoscere le dimensioni normali di queste cavità. Sono state perfettamente stabilite dal Signor Bizot, il quale à provato che dalla nascita (nell' uomo come nella donna) sino alla età più adulta, la capacità de' ventricoli destro e sinistro tendeva ad aumentare mai sempre. È vero però che le loro dimensioni non si aumentano in regular quantità alle differenti età; quindi l'aumento è più rapido nella gioventù, mentre che dopo cinquant'anni è più notabile. Convien pur sapere che a tutte le età i ventricoli sono più larghi che lunghi, e che ne' due sessi, come in tutte l' epoche della vita, la cavità ventricolare destra è più grande della sinistra; quindi la larghezza media del ventricolo sinistro essendo di 70 millimetri a quattro anni e di 122 da sedici a ventinove anni, quella del ventricolo destro, il quale era di 108 millimetri da uno a quattro anni, è aumentata nel rapporto istesso, e si trova di 178 da sedici a ventinove anni, mentre che in questa ultima serie di età la larghezza media del ventricolo sinistro non si eleva che a poco più di 126 millimetri (1).

Nella dilatazione, tale quale la studiamo ora, le pareti an conservato la loro normale spessezza, il più delle volte però sono assottigliate; lo assottigliamento può essere tale che il ventricolo sinistro, per esempio, non presenta che 5 millimetri nella sua maggiore spessezza ed 1 millimetro soltanto alla sua punta. Lo assottigliamento è generalmente meno specchiato nella chiusura interventricolare. Nello stesso tempo si trova quasi sempre il tessuto del cuore alquanto scolorato, o almeno di un colorito violaceo, giallo o pallido, e diminuito di consistenza, qualche

(1) Ho conservato queste misure senza poter affermare se siano esatte. Desidererei dunque che qualch' uno si consacrasse allo studio di queste nuove ricerche, seguendo le indicazioni recentemente date dal Signor Bizot. Questo distinto osservatore vorrebbe che si prendesse la misura delle cavità del cuore, comparativamente a quella degli orificii arteriosi. Questi essendo di natura fibrosa non debbono affatto variare; mentre che le cavità del cuore, che sono muscolari, possono subire, sotto la influenza di moltissime cause, le contrazioni o le dilatazioni. Da ciò la difficoltà di giudicare dello stato normale o anormale di queste cavità. Tale difficoltà finirebbe se, siccome lo afferma il Signor Beau, si possedesse nella misura degli orificii un modello per determinare il punto ove le cavità cardiache cessano di essere nello stato fisiologico (*Archives de médecine*, n. du giugno 1847).

volta ammolito, ed anche lacerato o rotto. L'organo è floscio, e per contrario a ciò che osservasi nella ipertrofia, le pareti si abbassano su di loro stesse. Quando la dilatazione è alquanto considerabile, il cuore perde quasi sempre la sua forma: il suo apice si cancella, l'organo si fa rotondo: questo cuore era chiamato da Laënnec *tasco di cacciatori*. Le cavità destre sono più di frequente affette da dilatazione delle cavità sinistre: la lesione può essere limitata ad un sol ventricolo, ed allora è quasi sempre il destro, di rado poi il ventricolo sinistro trovasi dilatato. Più di rado ancora osservasi una dilatazione limitata ad una o due orecchiette. Queste parti sono però spesso ingrandite per lo aumento del sangue; ma siccome l'osserva Laënnec, questo distendimento meccanico si distinguerà dalla dilatazione morbosa in quanto che, nel primo caso, vuotando l'orecchietta del sangue che contiene, spesso le parti ritornano su di loro stesse; aggiungiamo che nelle dilatazioni morbose, le pareti sono assottigliate e più spesso ancora ipertrofiate. Per dar termine in fine a ciò che è rapporto coll'anatomia patologica, diremo che le dilatazioni, accompagnate o pur no da assottigliamento, coesistono spesso con diverse alterazioni del cuore, del pericardio, o de' grossi vasi. Le più frequenti sono i restringimenti degli orifici, le aderenze de' due strati del pericardio, gli aneurismi dell'aorta. Si rinvencono finalmente le lesioni consecutive della maggior parte delle malattie del cuore, come l'anassarca, i versamenti sierosi, ec.

Sintomi. — Gli individui colpiti da dilatazione delle cavità del cuore soffrono palpitazioni ed anelito; il loro polso è molle, depresso; i battiti del cuore si scorgono sopra una maggior superficie, senza alcun impulso; essi sono oscuri, e qualche volta consistono in un semplice fremito. I rumori sono più chiari, spesso hanno, specialmente il primo, un timbro alquanto metallico. In fine la percussione fa scovrire alla region precordiale un suono matto, più completo e più esteso, in ragione dello aumento del volume a cui il cuore è andato soggetto. Questo suono matto, secondo il Signor Piorry, diminuirebbe sollecitamente di estensione sotto la influenza di un salasso generale siccome osservasi in molte altre affezioni organiche del cuore, le dilatazioni cardiache si accompagnano a edema della faccia, al colorito violaceo delle labbra, ad un edema il quale, cominciando da' malleoli, si estende dal basso in alto ed invade tutto il tessuto cellulare esterno: i versamenti sierosi si formano pure nelle pleuri e specialmente sul peritoneo. Il fegato zeppo di sangue, oltrepassa l'arco costale; i polmoni sono colpiti da edema alla loro parte posteriore. In fine gli ammalati periscono, gli uni per un ostacolo sempre crescente della respirazione e della circolazione; gli altri per le complicazioni del-

le quali le principali sono la pneumonia, la risipela cangrenosa che colpisce le membra infiltrate; infine molti muoiono di botto e per sincope.

Diagnosi. — Si diagnostica che il cuore è colpito da dilatazione, per la estensione del suono matto che esiste alla regione precordiale, per la debolezza de' battiti, per la mancanza di qualunque impulso, per la chiarezza de' due rumori. Questi tre ultimi fenomeni, quando sono molto distinti, indicano che la dilatazione, lungi dall'esser semplice, coesiste con un assottigliamento delle pareti. Non si conosce alcun segno capace di far diagnosticare la dilatazione delle orecchiette; tutti quelli proposti lo sono stati piuttosto per ispirazione teorica anziché per la osservazione. La maggior parte de' segni che an pure citati per conoscere se la dilatazione travaglia le cavità destre e le cavità sinistre sono pure incerti; lo sono tanto più in quanto che abbiamo detto quanto sia raro che la malattia non occupi contemporaneamente i due lati del cuore. Pur tuttavia la percussione, sola o coadiuvata dall'ascoltazione, può fornire su questo punto alcune indicazioni: quindi è che se il suono matto esiste sotto lo sterno e si prolunga a destra più o meno in vicinanza della mammella, e se in oltre i rumori chiari sono percepiti a questo livello, si diagnosticherà una dilatazione del cuore destro; d'altronde questa è considerata siccome quella che produce maggior dispnea, colorito violaceo alla faccia, gonfiamento alle giugulari; lo edema è più considerabile, e si manifesta più presto. Per lo contrario, nella dilatazione delle cavità sinistre, il suono matto si prolunga verso la mammella sinistra ed al di là, ed in questo punto ancora osservansi i rumori chiari. Diciamo però che non bisogna troppo fidarsi a' risultati presentatici dall'ascoltazione per determinare quale sia la sede della dilatazione.

Pronostico. — La dilatazione con assottigliamento è la forma più grave; essa è forse incurabile. La dilatazione semplice, per lo contrario, è curabile. Quando non è molto estesa, risveglia pochi disturbi.

Cause. — Le dilatazioni del cuore hanno luogo per lo più in modo affatto meccanico ed in seguito dello accumulo insolito del sangue. Questo ristagno del sangue avviene ora perchè esiste un ostacolo agli orificii, o nell'aorta o ne' polmoni, o pure perchè il tessuto ha perduto la sua contrattilità in seguito di una infiammazione dello endocardio o del pericardio, il che però è molto raro; o pure in ragione di un'aderenza sopravvenuta ne' strati opposti di questo sano membranacei, e più spesso ancora in seguito di cause che rimangono ignorate.

Cura. — La cura deve tendere a far ritornare il cuore su di se stesso, aumentare la spessezza delle pareti assottigliate, o

almeno opporsi a' progressi dell' alterazione. Per ottenere ciò bisogna, quando ciò sia dato; far cessare o diminuire almeno l' ostacolo nel corso del sangue. Per poco che lo individuo sia debole, bisognerà sottoporlo ad un regime tonico e leggermente eccitante. Gli amori i ferruginosi, le frizioni secche sul corpo, i bagni salati, solforosi, sono indicati. Bisogna in generale astenersi da' sedativi, come l' oppio, e specialmente la digitale, perchè ben si comprende che diminuendo le contrazioni del cuore, si deve aumentare il ristagno del sangue. È stato pur biasimato l' uso del salasso, siccome quello che indebolisce la contrattilità dell' organo. Però, quando il cuore è troppo disteso, e quando, per questo ingorgo, la dispnea è estrema, non si può sperare alcun sollievo che mediante il salasso, dopo del quale spesso vedesi il suono matto della region precordiale diminuire in modo considerabile, siccome lo à dimostrato il Signor Piorry. Tutta volta, è cosa conveniente in questi casi praticare miti anzichè copiosi salassi, che si ripeteranno in seguito, secondo lo effetto ottenuto. I diuretici ed il lassativi, dati di tempo in tempo sono pure utili, e possono, specialmente i primi, sostituire qualche volta i salassi.

DELLA DILATAZIONE PARZIALE DEL CUORE

La dilatazion parziale del cuore è caratterizzata dalla formazione di una saccoccia aneurismatica di variabile grandezza situata nella spessezza delle pareti del cuore, che protubera quasi sempre alla superficie esterna dell' organo e comunica mediante un' apertura più o meno stretta con una delle sue cavità, e quasi sempre col ventricolo. La dilatazion parziale del cuore è pure chiamata aneurisma vero da certi medici, e da Breschet aneurisma falso consecutivo, secondo la idea che si forma sul meccanismo della sua produzione.

Questa malattia, senza essere comune, non è però sì rara per quanto si dice, perchè se ne trovano almeno 90 casi negli annali della scienza. Essa è stata studiata in Francia specialmente da signori Breschet, Reynaud e Chassinat, ed in Inghilterra dal dottor John Thurnam, il quale, nel XXI° volume delle *Transactions medico-chirurgicales* de Londres, ne à presentato una descrizione dietro l' analisi di 84 osservazioni che egli à riunite.

Anatomia patologica. — Credo che sin ora non si conoscono che due casi di dilatazione del ventricolo destro: uno è riportato ne' *Bulletins de la Société anatomique pour l' année 1830*; l' altro è stato pubblicato dal dottor Canella (*Archives de 1844*); in tutti gli altri fatti di dilatazione parziale

conosciuti sin ora la lesione occupava il ventricolo sinistro, ed aveva sede spesso all'apice, o in vicinanza, anziché in qualunque altro punto riunito del cuore. La base è stata dopo l'apice quella in cui si sono osservati più spesso i sacchi aneurismatici. Da ciò ne siegue che questa lesione à sede specialmente sulle parti delle pareti del ventricolo sinistro le quali sono naturalmente dotate di minore spessezza. Ora il sacco, semplicemente incavato nella spessezza delle pareti, non protuberava affatto all'esterno; però il più delle volte (o pure 35 volte su 54) esisteva alla superficie dell'organo un tumore il cui volume varierebbe dalla grossezza di una fava sino a quella dello stesso cuore, tumore che stava aderente il più delle volte e più o meno intimamente allo strato parietale del pericardio. Lo interno di questo sacco è ripieno, come nella dilatazioni aneurismatiche delle arterie, da concrezioni fibrinose, le quali sono altrettanto più compatte in quanto che sono più esterne. Questa cavità, che può avere 8 a 10 centimetri di diametro, comunica collo interno del ventricolo mediante un'apertura liscia, levigata, più o meno densa, la cui larghezza è generalmente proporzionata all'ampiezza del tumore. Dissecandolo quando è ancora poco voluminoso, si trova che le sue pareti sono costituite da tre tuniche che altro non sono, procedendo dentro, che, 1.° lo strato del pericardio divenuto opaco e più denso; 2.° le fibre carnose del cuore assottigliate e scolorate, e di aspetto fibroso; 3.° in fine alla parte interna è l'endocardio, più denso più spessito e più opaco; in oltre può essere incrostato da concrezioni calcari. Però in alcuni casi, torna impossibile trovare nello interno del sacco alcuna traccia della membrana interna del cuore, che sembra allora terminare bruscamente sull'orificio di comunicazione del tumore col ventricolo.

Il Signor Thurnam dice nel suo importante lavoro che qui analizziamo, che le valvole del cuore sono suscettibili di una dilatazione che può considerarsi come aneurismatica. Quest'alterazione può aver luogo lentamente senza rottura nè precedenti ulcerazioni, ma qualche volta vi è stato come prima lesione, una completa distruzione delle lamine dell'endocardio. In quest'ultimo caso, la dilatazione può essere considerata come un falso aneurisma. Pare che in queste dilatazioni i grumi non siano mai stati osservati. Queste dilatazioni, dice Thurnam agiscono piuttosto come ostacolo alla uscita del sangue anzichè come causa d'insufficienza.

Nella maggior parte delle dilatazioni parziali, si osservano alcune altre gravi alterazioni del cuore, e specialmente una ipertrofia con dilatazione di molte cavità o pur senza. Queste lesioni sono forse consecutive. Lo stesso avviene dell'aderenza del

sacco collo strato parietale del pericardio, aderenza la quale spiegasi facilmente per la pressione che il tumore esercita sul pericardio, o che deve in fine determinare una pericardite circoscritta e adesiva.

Sintomi. — Nulla si conosce ancora di preciso su i sintomi propri della dilatazion parziale del cuore. Sembra che in alcuni casi, la malattia si sia sviluppata bruscamente con un dolore vivo alla region precordiale, con palpitazioni, sollagazione, ansietà, accidenti i quali sono stati poscia seguiti da' sintomi ordinari delle malattie del cuore.

Nella maggior parte de' casi però il tumore si manifesta lentamente senza essere annunziato da alcun disturbo. Quando il suo volume è molto, può anche esistere per molto tempo nello stato latente. Quando gli accidenti sopravvengono, sono comunemente quelli delle ipertrofie con dilatazion parziale; però sin ora non si è potuto vedere alcun fenomeno locale capace di far conoscere un tumore aneurismatico stabilito nelle pareti del cuore.

Questa malattia dura indeterminatamente. La maggior parte degl' individui periscono cogli accidenti ordinari delle malattie del cuore; alcuni (un sesto circa) muoiono in seguito della rottura del tumore aneurismatico nel pericardio.

Questa malattia deve esser curabile. Quando la guarigione a luogo deve stabilirsi mediante i grumi fibrinosi che chiudono, che obliterano completamente il tumore. Pur tuttavia questa idea è stabilita a priori, poichè non conosco fin ora alcun fatto che potesse giustificarla.

Etiologia e modo di sviluppo: natura. — La dilatazion parziale del cuore non è stata mai osservata prima di diciannove anni; il maggior numero degli ammalati apparteneva alla età adulta ed al sesso maschile. Una violenta contusion del torace, una viva emozione, i considerabili sforzi, sembra che abbiamo sviluppato la malattia; però quasi sempre questa sviluppa lentamente, e torna impossibile colpire l'azione di una causa predisponente e soprattutto efficiente. Allora si è cercato spiegare in molte guise lo sviluppo della malattia. Gli uni credono ad una debolezza delle fibre muscolari, le quali non potendo più resistere agli sforzi del sangue, cedono e si lasciano distendere a gradi (Baillie); altri suppongono una rottura delle fibre interne, mentre le esterne, addivenute troppo deboli per resistere, cedono a gradi (Corvisart): l'anatomia patologica però non giustifica questa opinione. Grandi autorità però, tra le quali mi basta citare Kreysing, Laënnec e Breschet, han preteso che il tumore aneurismatico si formava consecutivamente alla ulcerazione dello endocardio; abbiain però veduto che nella maggior par-

te de' casi una disseccazione attenta aveva provato la esistenza nel tumore delle tre tuniche del cuore, e che in molti di quelli in cui lo endocardio era distrutto aveva dovuto esserlo in seguito della distensione del sacco. Aggiungiamo però che la opinione de' medici da noi citati non è in tutta ipoletica, ma si applica soltanto ad un piccol numero di casi. In fine altri hanno spiegato la formazione di questi aneurismi per un' alterazione della membrana interna, la quale si lascerebbe distendere inegualmente durante le contrazioni ventricolari (Ollivier), o pure per un ammolimento infiammatorio dello endocardio e delle fibre carnose (Chassinat); nessuno però di questi modi di vedere non è dimostrato e non è nè anche probabile. Checchè ne sia, considerando la struttura del tumore, si vede che le parole *aneurisma vero*, ed *aneurisma falso consecutivo* possono essergli applicate, a secondo i casi: quindi la prima denominazione conviene solo quando le tre tuniche entrano nella struttura del tumore, mentre la seconda sarà data a' casi rari in cui l' aneurisma succede alla ulcerazione dello endocardio.

DELLE DILATAZIONI DE' VASI LINFATICI

I vasi linfatici possono subire una dilatazione più o meno considerabile, e che in alcuni casi è tale da vedere i più esili rami acquistare una capacità simile a quella [del canale toracico. Questa dilatazione può essere uniforme, o pure a luogo di distanza in distanza e sotto forma di gonfiamento, come le varici. Pungendo questi vasi con una lancetta, si abbassano dopo aver mandato fuori la linfa che li distendeva. Questa dilatazione è ordinariamente lo effetto di un ostacolo nella circolazione della linfa, ostacolo che risiede in alcuni de' tronchi principali del sistema linfatico, chiusi per una infiammazione adesiva e per la compressione di qualche tumore.

Per combattere questo stato, bisogna distruggere l' ostacolo che si oppone al corso della linfa, e favorire poscia la contrazione de' vasi mediante una compression metodica.

DELL' ANEURISMA DELLE ARTERIE INTERCRANIE

Il dottor Albers, di Bonn, à pubblicato nel 1837, nel giornale tedesco (*Horn's, Nasse's und Wagner's Archiv*), una interessante memoria nella quale à riunito ed analizzato quattordici osservazioni di aneurisma delle arterie intercranie; ne riportò i principali risultati.

Anatomia patologica. — Quasi sempre, cioè 13 volte su 14, l'aneurisma era sacchiforme; vi era un sacco laterale; in un sol caso, raccolto da Breschet, tutte le tuniche erano dilatate, l'aneurisma era fusiforme. Il tumore arterioso produce ordinariamente lo ammolimento o l'atrofia della porzion corrispondente del cervello. Gli aneurismi della base del cranio non consumano le ossa colle quali sono in contatto. Quest' anomalia si spiega per la facilità che prova il tumore per svilupparsi a spese della sostanza cerebrale. Le arterie della volta, per lo contrario, possono guastarla e protuberare al di fuori. Quindi è che leggesi nel tomo X° del *Journal de Groefe et Walther* la storia di un aneurisma dell'arteria meningea che formava un tumore sotto il cuoio capelluto, e che preso per un tumore cistico, fu estirpato, il che produsse una emorragia prontamente mortale (1).

Sintomi, corso. — Niente avvi di stabile ne' sintomi. Si è veduto negli ammalati cefalalgia, vertigini, oscuramento della vista, ambliopia, susurri nelle orecchia, sonnolenza, paralisi: niente in una parola di costante, meno che l'esito; poichè qualunque sia l'arteria inferma, il tumore finisce sempre colla rottura, e la morte è luogo prontamente, con i sintomi dell'apoplessia. L'aneurisma intercranio è però suscettibile di guarigione colla chiusura del sacco. Un fatto di questo genere è riportato da Hodgson.

DEGLI ANEURISMI DELL'AORTA

L'aorta è frequentemente affetta da *aneurisma*, parola sotto la quale bisogna indicare ora un tumore prodotto, o dalla dilatazione parziale o generale delle tuniche arteriose, o pure dal sangue il quale, in seguito di una lacerazione della tunica interna e media, si è infiltrato o stravasato in un sacco formato dalla membrana cellulare, e qualche volta ancora a spese degli organi vicini.

Storia. — Sconosciuto dagli antichi medici, l'aneurisma dell'aorta non è stato menzionato che verso la metà del secolo XVI.° Fu Vesale il quale pubblicò la prima osservazione; bisogna però venire sino a Morgagni per trovare alcune precise no-

(1) Le arterie trovate dilatate sono la basilare (due volte), la cerebrale anteriore (ciascuna tre volte), la carotide interna al suo ingresso nel cranio (due volte), le comunicanti anteriore destra e sinistra, un ramo della comunicante di Willis, un ramo dell'arteria del corpo calloso, un'arteria meningea (due volte). In un caso l'arteria non è abbastanza indicata.

zioni. Dopo questo maestro illustre, la storia degli aneurismi dell' aorta à progredito oltremodo, tanto sotto il rapporto anatomico quanto sotto il rapporto clinico, e ciò in grazia specialmente de' lavori di Corvisart, di Scarpa e di Laënnec. La scienza va molto debitrice ancora ad alcuni de' nostri contemporanei i quali ànno rapportato fatti nuovi o dato un quadro fedelissimo della malattia; faremo parola, siccome degni di èsser consultati, gli articoli pubblicati dal Signor Bouillaud nella sua *tese* (1823) e nella sua *Nosographie*, dal Signor Piorry nel suo *Traité de médecine*, da' signori Chomel e Dalmas nel nuovo *Dictionnaire de médecine*, da' Signori Delaberge e Monneret nel loro *Compendium*. In Inghilterra si distingue in speziellà il lavoro di Hope.

Divisioni. — Le diverse divisioni proposte per gli aneurismi sono quasi tutte applicabili agli aneurismi dell' aorta. Quindi bisogna ammettere: 1° un *aneurisma vero*, caratterizzato dalla dilatazion generale di tutte le tuniche del vaso e del quale se ne distinguono due varietà, secondo che la dilatazione occupa uniformemente tutta la periferia del vaso o solamente una parte di questa circonferenza; 2° l' *aneurisma falso*, nel quale una o due delle tuniche interne essendosi rotte o forate, la tunica cellulare si dilata per lo sforzo e lo aumento del sangue: 3° l' *aneurisma misto*, quello il quale risulta dalla soprapposizione di un aneurisma falso ad un aneurisma vero, cioè che avvi prima dilatazione parziale o generale delle tre tuniche, poi la interna e la media si lacerano, si rompono, mentre la estrema sola si distende e forma una specie di sacco o di borsa che sormontano la dilatazion primitiva: questa forma à ricevuto il nome di *aneurisma misto esterno*, e chiamasi *misto interno* quello nel quale avvi rottura delle due tuniche esterne, mentre che la interna, intatta, forma ernia tra esse. Questa specie di aneurisma, che le sezioni di Hunter praticate su i vivi ànno fatto ammettere come possibile, forse non esiste: almeno non ancora si è raccolto sull' uomo alcun pezzo patologico che ne dimostri la esistenza in modo indubitato. 4° Avvi pure per l' aorta un aneurisma *varicoso* che risulta dalla comunicazione del vaso con qualche grossa vena. L' aneurisma aortico deve ancora studiarsi separatamente, secondo che occupa l' aorta *pettorale* o l' aorta *ventrale*; nel primo caso si distinguono gli aneurismi in quelli che occupano la porzione *ascendente* e l' *arco* del vaso, ed in quelli che ànno sede sulla porzion *discendente*.

DEGLI ANEURISMI DELL' AORTA PETTORALE

Anatomia patologica. — Gli aneurismi dell'aorta pettorale hanno sede, quasi sempre nella porzione ascendente del vaso o verso il suo arco. In questo punto ancora si trovano i tumori più voluminosi: quando dunque l'aorta è affetta da dilatazione generale, essa può, siccome Corvisart lo ha veduto, presentare in questo punto il doppio del volume del cuore o pure essere così grossa quanto il colon (Laënnec). Più spesso però questa dilatazione non oltrepassa il doppio del diametro normale del vaso. Può occupare una maggiore estensione dell'aorta, o pure essere limitata ad un punto circoscritto: nel primo caso, la dilatazione è per lo più uniforme, qualche volta alternativa, cioè ch' esistono di distanza in distanza de' gonfiamenti separati ad intervalli ove l'aorta ha conservato il suo calibro. Quando la dilatazione è poca, non si trovano quasi mai i grumi organizzati nello interno del sacco; se poi questa è molto ampia, le concrezioni fibrose esistono nel suo interno come se fosse un aneurisma falso.

I casi di aneurisma *vero laterale*, cioè i casi in cui la dilatazione generale delle tuniche non ha luogo che sopra un punto della circonferenza del vaso, sono più rari de' precedenti; non pertanto Laënnec ne cita un esempio, ed io stesso ne ho veduto un altro, che fu presentato or sono quindici anni alla Società anatomica dal Signor Denonvilliers.

L'aneurisma *falso* occupa il più delle volte l'aorta discendente; esso è caratterizzato da un tumore a forma di sacco, situato sopra un punto della circonferenza del vaso, e comunica con questo mediante un'apertura più o meno stretta. Quest'apertura è il punto ove la tunica interna e media si son rotte, ulcerate, ed han permesso al sangue di spingersi e distruggere la tunica cellulare, la quale allora forma a se sola il sacco aneurismatico: però in generale desso è ancora rafforzato dal tessuto cellulare circostante, dalla pleura, e qualche volta da alcuni organi vicini. Questo sacco è più o meno spesso o resistente: in fatti può presentare alcune linee di spessezza, e essere così tenue quanto un foglio di carta da lettere; la sua superficie interna è rugosa, ineguale, coverta da incrostamenti ossei, cartilaginei, e la sua cavità è ordinariamente ripiena di grumi, i quali qualche volta non offrono niente di rimarcabile, ma che per lo più sono disposti a guisa di strati concentrici più o meno numerosi. I più antichi, ordinariamente affatto fibrinosi, scolorati, sono aderenti al sacco; i più recenti per lo contrario sono al centro del tumore; sono rari e molli. In ge-

nerale i grumi sono tanto più voluminosi e più consistenti in quanto che l'aneurisma è più antico o l'apertura di comunicazione col tumore più piccola.

Avvi una forma rarissima di aneurisma falso che Laënnec il primo à fatto conoscere sotto il nome di aneurisma *dissecante*, e del quale i signori Guthrie e Shekelton ànno pure osservato molti esempi. In questi casi il sangue lungi di sollevare la membrana cellulare sotto la forma di una saccoccia laterale, à scollato, dissecato questa tunica in una estensione di 6 a 18 centimetri; alcune volte si è formato un vero canale collaterale, aperto a' suoi due estremi, formante una specie di diverticolo.

Il più delle volte non si trova che un solo tumore aneurismatico; qualche volta però ne esistono molti, situati ad una certa distanza gli uni dagli altri.

Gli aneurismi falsi consecutivi ed anche gli aneurismi veri, quando sono molto voluminosi quasi sempre occasionano gravi disordini negli organi con i quali sono in rapporto: quindi si è veduta molte volte la vena cava superiore notabilmente ristretta dalla pressione che il tumore esercitava su di essa. Si è pur anche veduto il tronco innominato, la succlavia e la carotide sinistra chiuse ora per la pressione del tumore, ora dalla organizzazione di grumi allo interno de' vasi, quando l'aneurisma dell'aorta era surto in un punto vicino alla loro origine. Si è pur veduto uno de' nervi frenici o uno de' paeumo-gastrici compresso o atrofiato: altra volta la compressione si porta sulle arterie o sul cuore che può essere spostato; sul canale toracico, che Laënnec à veduto distrutto in un caso. Se la dilatazione aneurismatica à sede sull' arco, la trachea può essere compressa, e gli anelli cartilaginei essere assottigliati, consueti, distrutti: altra volta la compressione si porta sullo esofago; ciò osservasi specialmente negli aneurismi falsi dell' aorta discendente. La clavicola può anche essere spostata, lussata al suo estremo verso lo sterno, siccome Corvisart ne cita un esempio. Uno degli effetti più distinti però de' tumori aneurismatici è la distruzione delle ossa colle quali essi sono in contatto. Così, quando il tumore si è portato in avanti, si trova lo sterno ed una o molte coste consunte, mentre le cartilagini costali sono intatte. Più spesso ancora il corpo di una o molte vertebre è distrutto in una maggiore o minor profondità; mentre le sostanze intervertebrali sono rispettate. In tutti i casi, le ossa non sono affatto cariate; il più delle volte poi sono diminuite, e scompaiono per la pressione esercitata dal tumore aneurismatico su di esse, e per gli urti che vi determina, il che, secondo Hodgson, deve produrre lo effetto di attivare lo assorbimento interstiziale. Oltre poi a questa causa, avvi per le vertebre un vero consumo prodotto dalla colonna sanguigna che urta direttamente e strofina la

superficie di queste ossa. In fatti numerosi spari cadaverici han provato che dato consumo del corpo delle vertebre, la porzione del sacco che prima lo copriva è scomparso. Allora non esiste ne anche il grumo in questo punto, in guisa che la colonna sanguigna colpisce allo scoperto il corpo delle vertebre, che in questo caso è infiltrato di sangue; ciò spiega perchè queste ossa sono intieramente distrutte. Laënnec à pur veduto in un caso il sangue penetrare nel canale rachidiano. Quando le ossa seno affette, il periostio è qualche volta distrutto, altre volte è intatto, o pure spessito, e segrega una sostanza ossiforme. In tutti i casi non sono gli aneurismi più voluminosi che danno luogo a questi gravi disordini; in fatti, si veggono tumori i quali del piccolo volume di un uovo, anno non pertanto consumato e perforato le ossa solamente perchè si sono spinti in fuori, mentre altri, tre volte più grossi, son rimasti nascosti nello interno del petto. La semplice dilatazione quando non è spinta tropp' oltre, non produce quasi alcun effetto di compressione, mentre i più piccoli aneurismi veri occupando una sola parte dell'arteria, ma formando tumore e riempiendosi più o meno di sangue coagulato, possono produrne delle gravissime. Diversi altri disordini possono anche esistere ne' casi in cui l'aneurisma termina colla rottura; quindi è che il tumore può comunicare collo esterno, colla pleura, col pericardio, col cuore, coll'arteria polmonale, la trachea, i bronchi, i polmoni, lo esofago ed il tessuto cellulare.

L'aorta colpita da aneurisma presenta in oltre su diversi punti della sua superficie degli strati ossei, delle piastre cartilaginee, della materia ateromatosa, lesioni le quali, siccome lo diremo in prosieguo, anno preceduto l'aneurisma e provocato la sua formazione. In fine il cuore è quasi sempre affetto da ipertrofia con dilatazione.

Sintomi. — Molti aneurismi, benchè assai voluminosi, restano affatto latenti, e possono, lacerandosi, far perire gl'individui di morte subitanea, senza aver mai dato luogo al menomo disturbo della salute. Alcuni ammalati però anno incolpato soltanto alcun poco di oppressione, anno l'alito corto e tossiscono qualche volta; però questi accidenti sono spesso sì leggieri, che appena fissano la loro attenzione. Altre volte questi disturbi sono distintissimi; si uniscono in oltre le palpitazioni, gli accessi di soffocazione che ritornano irregolarmente, e dolori qualche volta laceranti nel petto. Questi accidenti impegnano allora il medico ad esaminare accuratamente il torace; ed ecco i risultati che questa esplorazione può presentare.

Praticando l'ascollazione si scovrono spesso i battiti insoliti, forti, chiari, isocroni al polso, ora semplici, qualche volta doppli, più o meno vicini all'orecchio, che anno sede sullo

sterno, o pure a destra o a sinistra di quest'osso; percepiti altra volta solamente nel dorso se si applica l'orecchio sulla colonna. In tutti i casi è facile distinguerli dalle pulsazioni dello stesso cuore. Questi battiti, la cui sede differente spiegasi pel punto dell'aorta che è dilatato, possono essere visibili all'occhio quando il tumore aneurismatico è applicato contro le pareti toraciche; queste sono allora fortemente sollevate a ciascun impulso del sangue. Possi anche scorgere a questo livello una protuberanza, un rilievo, dove si distinguono de' battiti isocroni alla sistole ventricolare. In generale, ne' sacchi aneurismatici, non solo esistono de' battiti con insolito rimbombo della colonna sanguigna, ma si scorge quasi sempre qualche rumore di raspa o di soffio, semplice e doppio, dipendente ordinariamente dal passaggio del sangue a traverso la stretta apertura del tumore: in questo caso, l'applicazione della mano al livello della protuberanza fa pur distinguere il fremito rauco, fenomeno che osservasi più spesso negli aneurismi aortici attaccati alle pareti del petto anzichè ne' restringimenti degli orifici arteriosi del cuore. Sovente la pressione è dolorosa in questo punto. Quando l'aneurisma arriva così allo esterno, la percussione presenta un suono oscuro o matto in tutta la estensione del tumore, che possi facilmente circoscrivere. Qualunque sia il punto del torace, non si sente affatto a questo livello il mormorio respiratorio, atteso che il polmone è stato spinto, spostato da questo punto.

Dicesi in generale che i battiti che si scorgono ne' tumori aneurismatici dell'aorta sono sempre semplici; non è però mica vero: in fatti, nella maggior parte de' casi questi battiti sono doppi. Però sin a questo momento non mi è stato dato osservare questi se non quando il tumore era situato in un punto vicino al cuore, come all'arco dell'aorta o alla sua curvatura. I doppi battiti mi è sembrato altro non essere che un rimbombo, una specie di eco rafforzato da' rumori istessi del cuore: altra volta mi sembrano dipendere dal flusso e riflusso del sangue, quando le valvole dell'orificio aortico essendo insufficienti permettevano alla colonna sanguigna di rifluire nel cuore: in questi casi si sente un doppio rumor di soffio, il quale, intenso al livello del tumore e del bordo inferiore della costa, si rende debole ne' punti intermedi. Conosco però che il doppio rumore può esistere negli aneurismi collocati più inferiormente nel torace, e quando le valvole sigmoidi non sono insufficienti. In questo caso, spiegherei ancora il secondo rumore per un riflusso di sangue, che deve aver luogo: in fatti, spesse volte, quando l'aorta dura, incrostata e trasformata in una specie di tubo inerte incapace di contrarsi su di se stessa durante le diastole; risulta da ciò che il vaso essendo allora meno pieno di quello dovreb-

he essere, avvi un riflusso di sangue per empierne il vuoto; questo movimento di ritorno della colonna, secondo noi, sarebbe quello che produrrebbe il secondo rumore.

Ne' casi specialmente in cui il tumore aneurismatico non protubera affatto allo esterno e prende tutto il suo sviluppo a spese della cavità toracica, si osservano ancora diversi accidenti che risultano dall'ostacolo che provano gli organi pettorali; quindi la compressione de' polmoni spiega la tosse ed in parte la dispnea degli ammalati. Se il tumore sviluppato sull'arco comprime la trachea, l'aria penetra con difficoltà nel petto: il rumore respiratorio è allora più o meno indebolito nell'uno e nell'altro polmone: a ciascuna inspirazione si distingue un sibilo prolungato, ed alla espirazione un rumore analogo a quello che fan sentire i cavalli di corta lena; in fine la voce è alterata, rauca, penetrante, o estinta; ciò non pertanto quest'alterazione può anche dipendere dalla compressione o dal distendimento de' tubi aerei anzichè dalla compressione e dallo stiramento de' nervi ricorrenti. Se la compressione è luogo soltanto sur un bronco, il mormorio vescicolare è solo indebolito sul polmone corrispondente, mentre che qualche volta è puerile nel lato opposto. Lo indebolimento della respirazione può essere limitata in un sol lobo quando la compressione non si esercita che sulla divisione bronchiale che si porta a questa porzione del polmone. Se lo esofago è compresso, gli ammalati si lagnano di disfagia. Questo accidente è comune specialmente nell'aneurisma dell'arco dell'aorta, perchè a quest'altezza lo esofago è più mobile, mentre negli altri punti può più facilmente eludere la compressione del tumore fuggendo, per così dire, innanzi ad esso. In questi casi di compressione dello esofago pel tumore aneurismatico si veggono gli accessi di dispnea provocati dagli sforzi di deglutizione. La compressione del cuore e dell'arteria polmonale, come in un caso osservato dal Signor Louis, determina gli spaventevoli accessi di dispnea, di mancanze, di sincopi; sintomi a' quali si uniscono i dolori atroci, quando i nervi pneumo-gastrici e simpatici compresi nel tumore sono compressi o tirati da esso. Se la compressione si porta sul plesso brachiale, ne risultano formicolii, e peso nelle membra toraciche corrispondenti; se colpisce i nervi spinali o i loro rami, dà luogo a' dolori nevralgici; se l'arteria principale del membro è compressa o chiusa, il polso di questa parte, è più piccolo; spesso non è più isocrono a quello del braccio opposto; in fine alcune fiata finisce di essere percepito. La compressione della vena succlavia produce l'edema del membro corrispondente: se la pressione è luogo sul tronco istesso della vena cava, lo edema occupa la parte superiore del tronco, le vene sono gonfie, turgide, la faccia è gonfia, azzurrognola, e gli ammalati periscono in uno

stato comatoso, in seguito di un ostacolo provato dalla circolazione intercranica. In fine l'alterazione delle ossa si associa spesso a dolori vivi, laceranti, specialmente quando è il corpo delle vertebre quello ch'è distrutto; in questo caso il dolore si siede nel dorso sopra un punto della colonna. Si osserverebbe una paralisi improvvisa se, come nel fatto citato da Laënnec, il sangue, dopo aver consumato intieramente il corpo delle vertebre irrompesse nel canale rachidiano.

Molti di questi ammalati, specialmente quando soffrono un aneurisma dell' arco dell' aorta, conservano la stessa attitudine nel loro letto: quindi la maggior parte rimane sempre seduta, il tronco fortemente inclinato in avanti, come in atto di diminuire la compressione del tumore sugli organi della circolazione e della respirazione. In questi casi qualunque altra posizione è insopportabile e risveglia dolori vivi o accessi di soffocazione. L' aneurisma dell' aorta spiega poca influenza sulla nutrizione, eccettuato quando i patemi sono troppo vivi o quando si oppone alla esecuzione di funzioni importanti. Alla fine, molti ammalati s' infiltrano, il che dipende quasi sempre da' progressi della malattia del cuore che abbiain detto accompagnare gli aneurismi aortici.

Corso, esiti. — In generale l' aneurisma progredisce incessantemente. Se il tumore si porta al di fuori forma una protuberanza che aumenta sempre, ed eguaglia qualche volta il volume di un pugno o della testa di un feto; spesso accade che mentre questa protuberanza aumenta, ed il tumore si porta allo esterno, si veggono diminuire i segni di compressione interna. Però dopo un tempo variabile, un corso più o meno irregolare, e le alternative in bene ed in male, gli ammalati periscono. Gli uni infiltrati, muoiono per la ostinazione della dispnea, per l' ostacolo della circolazione e della ematosi, cioè nello stesso modo siccome muoiono la maggior parte degl' individui colpiti da malattia di cuore; gli altri periscono per un fatto cerebrale quando la compressione della vena cava superiore non permette più al sangue di ritornare liberamente alla testa. Molti periscono di botto, in una sincope che ora si manifesta spontaneamente, il più spesso però è provocata dalla rottura del tumore aneurismatico. Spessissimo questa rottura à luogo direttamente allo esterno: in questi casi il tumore protubera viemmaggiormente; la pelle che lo ricopre si fa bleu, si assottiglia si esulcera, si sfacela, poi il tumore si lacera o si rompe. Quando si apre nella pleura, nel pericardio, nell' arteria polmonale, nel cuore, nel mediastino superiore, la morte è pure istantanea, almeno è rapidissima: però se ne ignora la causa sino allo sparo de' cadaveri: non però così accade se l' aneurisma si apre nella trachea, o nello esofago, perchè lo ammalato, prima di

perire, vomita onde di sangue. La emorragia continua quasi sempre sino alla morte. È cosa però costante nell' aneurisma dell' aorta, che aprendosi nella trachea può produrre una emorragia la quale potrà fermarsi per ritrarne molte volte prima di addivenir mortale. Un fatto di questo genere è riportato nel numero di aprile 1844 della *Lancette de Londres*. Lo ammalato è sopravvissuto sedici giorni ad una di queste emorragie, e morì violentemente, dopo questo lungo intervallo, con una novella perdita di sangue.

Benchè la morte sia l'esito quasi costante della malattia, in alcuni casi rari non pertanto può avere un esito favorevole. Quindi è che sono stati veduti aneurismi protuberanti allo esterno, diminuire a poco a poco, poi scomparire mentre cessavano tutti gli accidenti dipendenti dalla compressione esercitata dal tumore sugli organi interni. Albertini, i signori Dusol e Legroux ne riportano autentici esempli. Qualunque siasi l'esito della malattia la sua durata è sempre incerta e generalmente lunga; in fatti di rado termina in meno di due anni, siccome l'osserva il Signor Valleix.

Diagnosi. — La esistenza de' battiti semplici o doppi, distinti da quelli del cuore, e avvertiti sopra un punto qualunque delle pareti toraciche, deve, oltre a qualunque altra circostanza, far diagnosticare una dilatazione aneurismatica dell'aorta. Il professor Green, in un lavoro pubblicato nel 1846 nel *Journal de Dublin*, fa osservare che spesso prima del battito visibile all'occhio non si osserva che un semplice movimento espansivo diffuso, situato alla parte superiore dello sterno. Questo movimento di espansione è già un indizio prezioso; ma il dubbio svanisce se vi si unisce un rumore di soffio o di raspa. La dispnea, la oppressione, le palpitazioni, la tosse, non hanno alcun valore nella diagnosi; non però così degli accidenti che indicano una compressione della trachea, de' bronchi, dello esofago, delle arterie e delle vene delle membra toraciche e della testa, il che tutto risveglia la idea della esistenza della malattia e permette ancora di precisarne la sede. La compressione prodotta sugli organi pettorali da un tumore aneurismatico dell'aorta offre questo di distinto, cioè che i fenomeni morbosi che produce variano da un momento all'altro. Quindi è che la dispnea può essere estrema, poi diminuire e svanire quasi completamente; il rumore respiratorio, indebolito in un lato del torace, può riprendervi quasi la sua forza, la inspirazione sibilante può cessare affatto. Questa variabilità, che non si osserva affatto quando la compressione è prodotta da qualunque altra causa organica, spiegasi per i cambiamenti di volume che il tumore aneurismatico può presentare da un momento all'altro, secondo che contiene più o meno sangue e secondo che i grumi sono più o

meno contratti su di loro stessi. Quando l' aneurisma protubera allo esterno la sua diagnosi in generale è facile; non pertanto si eviterà di prendere per un aneurisma certi tumori fluttuanti o cerebriformi i quali, situati al davanti dell' aorta o di un vaso voluminoso possono presentare de' battiti isocroni a quelli del polso. Però in questi casi, avvi piuttosto sollevamento o urto semplice anzichè vero movimento espansivo come nello aneurisma; d' altronde non avvi quasi mai rumore morboso: il corso della malattia ed i sintomi concomitanti differiscono ancora ne' due casi. Bisogna prestare attenzione di non confondere un aneurisma della parte superiore dell' arco con una varice della parte inferiore della vena giugulare; in questo caso però basta comprimere colle dita al di sopra del tumore, per vederlo tosto sparire. Torna spesso molto difficile determinare se lo aneurisma occupi piuttosto l' arco anzichè il tronco brachio-cefalico o l' origine della succlavia sinistra. E quasi inutile dire che la più leggiera attenzione è sufficiente per distinguere un aneurisma dalla eticia polmonale, dall' angina di petto e dall' angina edementosa.

L' aneurisma aortico una volta diagnosticato bisogna cercare di determinare il punto del vaso affetto. Si giungerà a tanto avendo riguardo alla sede de' battiti e del tumore, come pure agli accidenti di compressione interna: quindi se il tumore pulsatile esiste verso le cartilagini della quinta e sesta costa del lato destro, bisognerà credere che l' aneurisma nasce al principio dell' aorta; se à sede al livello della terza e della quarta, si conchiuderà che trae origine alla parte anteriore della curvatura, mentre che quella che protubera al di sopra dello sterno ed alla parte inferiore del collo è fornito dalla parte superiore dell' arco. In fine i battiti ed i tumori che hanno sede a sinistra ed indietro caratterizzano un aneurisma dell' aorta discendente. Uno de' casi più curiosi di questo genere è quello che il Signor Lenoire, de Versailles, à comunicato all' Accademia reale di medicina, e nel quale il sacco aneurismatico, avendo distrutto molte coste nella parte posteriore, stava in contatto coll' omoplata, che avea spostato, ed avea così prodotto una vera gibosità.

Pronostico. — Torna inutile insistere per provare che l' aneurisma è una delle malattie più gravi, una di quelle che più raramente guariscono.

Etiologia. — Gli aneurismi dell' aorta sembrano essere quattro o cinque volte più frequenti nell' uomo che nella donna, il che dipende senza dubbio meno dalla influenza esercitata dal sesso che dalle fatiche, dagli eccessi di qualunque specie a' quali i primi si abbandonano più particolarmente. Ciò che lo prova si è, dietro le ricerche de' signori Bizot e Louis, che le alterazioni croniche delle pareti dell' aorta, che senza dubbio debbono

favorire lo sviluppo degli aneurismi aortici, sono egualmente frequenti ne' due sessi. Ora se, nonostante ciò, avvì tali differenze per la frequenza della malattia tra l'uomo e la donna, bisogna necessariamente, siccome il Signor Vallex l'osserva, attribuirle a certe differenze nelle condizioni igieniche. La vicinanza del cuore, la ipertrofia delle sue pareti, tutte le cause che attivano o eccitano la circolazione, favoriscono lo sviluppo degli aneurismi. La disposizione della curvatura contro la quale urta mai sempre la colonna del sangue spiega perchè questa parte del vaso è più spesso affetta di qualunque altra. Queste cause agiscono tanto più efficacemente in quanto le pareti arteriose, spesso indurate, incrostate da piastre cartilaginee ed ossee, han perduto la loro elasticità, o pure, una o due delle loro tuniche essendo distrutte, non han potuto resistere allo sforzo laterale del sangue. In generale, la occasione evidente di alcuna causa occasionale non può essere conosciuta. Però si è veduto qualche volta l'aneurisma aortico venire inseguito ad una confusione del torace, ad una violenta caduta, ad uno sforzo, ad un patema morale vivo.

Cura. — È stato praticato contro l'aneurisma dell'aorta il metodo debilitante di Valsalva, di cui abbiamo precedentemente parlato trattando della ipertrofia di cuore. Però i salassi copiosi che si praticano lungi di diminuire i battiti, accelerano per lo contrario la circolazione e rendono più violenti le pulsazioni del tumore, siccome l'ho osservato. Oltre a che il sangue, teude tanto meno al coagulo, in quanto più si diminuisce, mediante i ripetuti salassi, il numero de' globetti: così Hope preferirebbe i moderati salassi, che ripeterebbe ad intervalli, e che in fatti, producono per lo più qualche sollievo. Io credo che questo sia il partito più saggio a prendersi. Bisognerà di più amministrare la digitale, la quale rallentando i battiti del cuore, favorisce il coagulo del sangue nel sacco aneurismatico. In questo scopo si è pur ordinato l'amministrazione dello acetato di piombo internamente, alla dose di 20 o 30 centigramme, e quando il tumore protuberava, ricoverirlo di compresse bagnate di acqua bianca. Questa cura, che è sempre veduto venir manco, sembra però essere stata qualche volta efficace: quindi i signori Dusol e Legroux parlano di tre ammalati i quali portando un tumore aneurismatico alla parte anteriore del petto, lo han veduto diminuire, poi sparire affatto cogli altri fenomeni morbosi sotto la influenza dell'acetato di piombo, amministrato siccome abbiamo detto. Possi qualche volta sostituire utilmente l'acqua bianca dall'applicazione permanente di una vescica piena di ghiaccio. Nello stesso tempo, bisogna raccomandare allo ammalato il riposo assoluto del corpo e dello spirito: il suo regime sarà dolce; si prescriveranno tutti gli ecci-

tanti. Hope vuole che gli ammalati bevano poco, affin di distendere per quanto più poco il sistema arterioso: insiste in oltre sopra un regime analeptico e prescrive i purganti: questa cura è conforme a quella che il Signor Piorry sembra aver da ora in poi adottato.

Se gli accidenti nervosi si manifestano, bisognerà loro opporre i calmanti e gli antispasmodici; se per effetto di una cura debilitante, gli ammalati presentono i sintomi di anemia, si prescriveranno loro con perseveranza i ferruginosi ed i tonici, atteso che i sintomi propri dello aneurisma si aggravano negl' individui anemici, e che allora basta combattere la complicazione per migliorare notabilmente lo stato degli ammalati.

Quando esiste un tumore voluminosissimo, e che la pelle che lo ricovre incomincia ad assottigliarsi, le applicazioni fredde potendo favorire la formazione di un'escara, bisogna limitarsi a qualche topico astringente; si sosterra il tumore; si proteggerà contro gli urti esterni: in questo scopo si è consigliato di coprirlo con una lamina di piombo.

Si scorge chiaramente quanto siano incerti e poco efficaci i mezzi proposti ed impiegati sin oggi per ottenere la guarigione degli aneurismi aortici. In simili casi, quando il tumore protuberava allo esterno ed è accessibile a' nostri strumenti, potrebbesi applicare la galvano-puntura, sì felicemente impiegata dal Signor Pétrequin, ed a suo esempio da alcuni chirurghi italiani, nella cura degli aneurismi esterni? Confesso che comunque sfavorevole potesse essere l'aneurisma dell'aorta all'uso di questo metodo, in ragion del volume del vaso e della vicinanza del cuore, non esisterei però a ricorrere a quest'ultimo mezzo, purchè però il tumore sia protuberante in fuori e ben circoscritto.

DEGLI ANEURISMI DELL' AORTA ADDOMINALE

L'aorta ventrale è molto più di rado affetta da aneurisma dell'aorta pettorale. La dilatazione à luogo il più delle volte in un punto vicino all'origine del tronco celiaco.

Questo aneurisma può offrire le stesse varietà che nell'aorta pettorale; il tumore può acquistare un volume considerabile senza protuberare allo esterno e senza determinare i segni di compressione, perchè i visceri addominali, in ragione della loro mobilità, evitano in generale questo tumore fuggendo per così dire innanzi all'aorta dilatata. Quando però l'aneurisma occupa la vicinanza del tronco celiaco, i pilastri del diaframma distesi ed appianati tapezzano d'ordinario le parti laterali ed anche la parte anteriore del tumore.

Gli ammalati accusano un dolore ora ottuso, altra volta vivo e lacerante, che à sede ordinariamente allo ipogastrio o ai lombi. Esplorando il ventre accuratamente, si scovre verso l'ipocondrio sinistro o pure nel fianco di questo lato, o allo epigastrio, un tumore malto sotto la percussione, pulsativo, che offre i movimenti di espansione e non di semplice sollevamento, siccome avrebbe luogo in un tumore solido collocato innanzi all'aorta. Coll'ascoltazione si sentono gli stessi rumori morbosi che abbiamo precedentemente notati nelle dilatazioni pettorali. Siccome esiste quasi sempre una simultanea affezione organica del cuore, gli ammalati hanno palpitazioni, dispnea, edema; non avvi alcun disturbo costante delle vie digestive. Molti di questi tumori terminano colla rottura.

Abbiám parlato del come si distingueranno gli aneurismi dell'aorta ventrale da' tumori solidi collocati su questo vaso; completeremo in prosiegua la diagnosi quando tratteremo delle nevrosi del sistema arterioso. Il pronostico è tanto grave quanto per gli aneurismi del petto. La cura è la stessa.

DELL' ANEURISMA VARICOSO DELL' AORTA

Da alcuni anni i giornali medici hanno pubblicato molte osservazioni di aneurismi varicosi dell'aorta. Un medico inglese, il Signor Thurnam, avendo riunito tutti i fatti conosciuti di questo genere, à composto un lavoro interessante che à inserito nel 1840 nel ventesimo terzo volume delle *Transactions medico-chirurgicales de Londres*.

In tutti i casi riuniti dal Signor Thurnam, à esistito prima un aneurisma semplice dell'aorta; poi ad un tratto e senza causa manifesta, o pure dopo uno sforzo, si è stabilita una comunicazione tra il tumore ed uno de' vasi, o uno de' serbatoi di sangue nero, come l'una o l'altra delle vene cave, l'arteria polmonale, o l'orecchietta destra. I sintomi han variato alquanto in questi diversi casi; quindi, allorchè una dispnea più o meno considerabile e le palpitazioni hanno avuto luogo, la pelle della faccia, del collo è del torace era distesa, e come varicosa; un anasarca si sviluppava sollecitamente, ed era più marcato nella parte superiore del corpo; in fine si è notato un impulso notabile sotto la clavicola destra con un mormorio strepitoso nello stesso. Gli accidenti sono stati presso a poco gli stessi quando l'aneurisma à comunicato coll'arteria polmonale; i sintomi pettorali sono stati allora più distinti, lo impulso col rumor di soffio esisteva in questi casi specialmente in mezzo allo sterno.

Se l'aneurisma comunicava colla orecchietta destra, vi era anasarca, disturbo profondo nella circolazione, palpitazioni, soffio intenso, il cui massimo era alla parte superiore dello sterno: questo rumore era continuo, prolungato nella sistole, più acuto e più breve nella diastole.

In un caso osservato dal Signor Thurnam, dove un aneurisma aortico si apriva alla somità del ventricolo destro, si osservò un suono matto precordiale che risaliva sino alla seconda costa; a questo livello esisteva un rumore di sega continuo, intenso, e che si estendeva quasi in tutti i punti del torace, chiaro specialmente colla sistole, e col suo massimo d'intensità verso il secondo spazio intercostale, a 3 centimetri circa dello sterno, punto che corrispondeva esattamente alla sede dell'aneurisma varicoso.

Quando l'aneurisma comunica colla vena cava inferiore, siccome in un fatto riportato dal professor Syme di Edimbourg, si scovre nell'addome un tumore pulsativo, che cede più facilmente alla compressione di un tumore ordinario: esso è la sede di un rumore o di un sibilo che gli assistenti e lo ammalato possono distintamente sentire: avvi un edema considerabile circoscritto agli estremi inferiori.

In generale i sintomi si aggravano prontamente subito dopo la rottura del tumore in una vena o nel cuore destro. Molti ammalati periscono allora in pochi giorni: però avviene di quelli che lottano per lungo tempo, nessuno poi oltrepassa il secondo mese.

La diagnosi dell'aneurisma varicoso è molto difficile. I segni precedentemente indicati non essendo stati ancora verificati in moltissimi casi, non bisogna fidare su di essi per stabilire una diagnosi alquanto certa.

La esistenza di un aneurisma varicoso aggrava sempre il pronostico, e rende più incerta la cura, la quale per se stessa è poco efficace. In simil casi, ed in vista de' disturbi che la circolazione presenta, s'insisterà su i diuretici, i purganti, i sedativi, combinati spesso alle piccole emissioni sanguigne.

DELLE DILATAZIONI DELLO ESOFAGO E DELLE FARINGE

Le dilatazioni dello esofago, ora congenito, altra volta acquisito, possono aver sede su i diversi punti della estensione dell'organo, ed occupare la totalità o una parte soltanto del suo calibro.

In quest'ultimo caso, lo esofago presenta una specie di sacco, confermazione che esiste naturalmente nella maggior par-

te degli uccelli. Questa dilatazione laterale, che tende mai sempre ad aumentarsi collo accumulo degli alimenti, si mostra il più delle volte nella parte superiore del condotto. Può essere prodotto dalla pressione prolungata di un corpo duro voluminoso, ch'è rimasto lungo tempo nell'organo; però quasi sempre dipende da un ostacolo nella deglutizione (vedi *Restringimento dello esofago*). Si è pur anche ammesso, più per analogia che per la osservazione, che certe dilatazioni dello esofago risultano da un'ernia della membrana mucosa, e attraverso un arrovesciamento delle fibre muscolari. In fine bisogna convenire che in alcuni casi le dilatazioni dello esofago non possono essere spiegate per alcuna delle cause che precedono: allora sono ordinariamente congenite e risultano da un perversimento nelle leggi che presiedono alla formazione de' nostri organi.

Le dilatazioni che occupano tutto il calibro dello esofago ed una grande lunghezza del canale hanno luogo quasi sempre meccanicamente in seguito dello accumulo degli alimenti arrestati ne' loro corsi da qualche ostacolo permanente. Lo stesso accade per lo più delle dilatazioni della faringe: queste molto più rare delle precedenti, si formano ordinariamente alla parte inferiore di questo canale. La faringe può allora costituire una larga saccoccia formata a spese dello intiero calibro del condotto. Altre volte la faringe termina in uno o molti prolungamenti sacchiformi, i quali possono estendersi in dietro o su i lati dello esofago in una estensione di 6 a 9 centimetri, ed hanno qualche volta una capacità eguale a quella che presenta la faringe nel suo stato normale.

Quando la dilatazione occupa la faringe e la parte superiore dello esofago, si osserva durante la vita una deformità del collo prodotta da una grossezza situata sopra uno de' lati di questa parte e sopra i due contemporaneamente. Questo tumore il cui volume tende mai sempre ad aumentarsi, è molle; aumenta durante il pranzo, diminuisce spesso col decubito orizzontale, e sempre col vomito, come pure per la pressione operata dal basso in alto, ciò che determina il riflusso degli alimenti sin nella bocca. La maggior parte di questi ammalati provano abitualmente una specie di ruminazione, o hanno rigurgiti frequenti di alimenti; piuttosto per questo meccanismo anzichè in seguito di un vero vomito il sacco si sbarazza degli alimenti che lo distendono. In fine è stato notato che gl'individui i quali sono affetti da questa lesione avevano qualche volta un puzzone eccessivo del fiato. A questi segni non potrebbesi mai ignorare una dilatazione del faringe o dello esofago.

La diagnosi sarebbe quasi impossibile se la dilatazione avesse sede e sopra un punto vicino al cardia. La ruminazione abituale ed il puzzone del fiato potrebbero forse allora far sospettare la lesione.

La dilatazione dello esofago è una malattia incurabile, non si può sperare guarigione se non quando è consecutiva ad un restringimento del condotto, se però questo è curabile di sua natura. Se colla dilatazione e la cauterizzazione possi trionfarne, la parte dilatata dello esofago si vedrà forse ritornar su di se stessa e riprendere le sue primitive dimensioni.

DELLA DILATAZIONE DELLO STOMACO

Lo ingrandimento morboso dello stomaco, siccome lo descriveremo anatomicamente, corrisponde alla malattia che gli antichi chiamavano impropriamente *idrogastria* o *idropista dello stomaco*, malattia sulla quale il Signor dottor Duplex à pubblicato un lavoro interessantissimo negli *Archives* del 1833.

Anatomia patologica. — Si trova qualche volta lo stomaco che forma una saccoccia enorme la quale ricopre tutta la massa intestinale e discende anche sin dietro il pube o nel cavo delle pelvi. Lo ingrandimento dello stomaco può essere generale o limitato soltanto sul gran cul di sacco. Si conbepisce che in questo solo caso, la configurazione dell'organo deve essere cambiata. Lo stomaco dilatato può acquistare sino a cinque o sei volte il suo volume ordinario; allora si è veduto contenere 90 libbre di liquido (Jadon).

In tutti i casi circa d'ingrandimento morboso dello stomaco si trova un restringimento considerabile dell'orificio pilorico. La dilatazione à luogo allora in seguito dell'accumulo e della ritenzione degli alimenti e delle bevande; essa à luogo in modo meccanico, siccome osservasi la vescica, o la vescichetta biliare, dilatarsi, distendersi, quando un ostacolo situato sul tragitto del loro condotto escretore si oppone al vuotamento di questi serbatoi de' liquidi che contengono. Quando la dilatazione è eccessiva, le pareti stomacali possono essere assottigliate, ridotte alla sottigliezza di un foglio di carta, e perforate in uno o molti punti per lo eccesso del loro distendimento. In questo caso è tornato quasi sempre impossibile poter determinare se l'atrofia che si stabilisce specialmente sulla tunica muscolare sia stata primitiva, se sia la causa dello ingrandimento al quale lo stomaco è andato soggetto, o se per lo contrario essa ne sia soltanto la conseguenza: quest'ultima supposizione ci sembra la più probabile. Si è veduto qualche volta che lo stomaco dilatato à contratto aderenza mediante la sua faccia interna con alcuni degli organi vicini. Questa disposizione, avendo per risultato di tenere le pareti del viscere allontanate, di recare osta-

re confusa coll' ascite , e gravi accidenti sono stati il risultato di un simile errore di diagnosi. Una simile sconoscenza però è oggi impossibile, perchè nell' ascite lo sviluppo del ventre a luogo dal basso in alto , il contrario nello ingrandimento dello stomaco. Oltre a che in quest' ultima malattia il ventre si abbassa e diminuisce dopo ciascun vomito alquanto copioso o dopo un scarico intestinale ; in fine i risultati offerti dalla percussione non permetteranno alcun dubbio sulla natura della malattia. Per completare la diagnosi , bisogna , collo studio de' sintomi ed il corso della malattia , determinare se lo ingrandimento dello stomaco sia semplice o consecutivo a qualche alterazione organica. Il pronostico e la cura sono fondati su questa conoscenza.

Cura. — Nelle dilatazioni senza lesione organica del piloro e delle pareti dello stomaco , bisogna diminuire di molto la quantità degli alimenti e delle bevande. Questa sola precauzione basta qualche volta per ridurre lo stomaco alla sua normale capacità. Più spesso farà d' uopo rianimare la contrattilità dell' organo mediante la compressione , i rivellenti , le docciature , i tonici interni ed il ghiaccio : il Signor Duplay consiglia pure l' uso della stricnina , però la esperienza non ancora si è pronunciata sul valore di questi metodi.

DELLE LACERAZIONI , ROTTURE E PERFORAMENTI SPONTANEI

Intendesi per *lacerazione o rottura* una soluzione di continuo che risulta dal distendimento forzato di uno de' nostri organi. La rottura e la lacerazione sono per le parti molli ciò che la frattura è per le ossa. La rottura può essere prodotta , siccome l' osserva il Signor Duparcque, dalle forze che agiscono in senso opposto , ed a maggiore o minore distanza le une dalle altre. La soluzione di continuo che allora ha luogo in un punto intermedio a queste forze è indiretta, mediata o per stiratura: altra volta la causa agisce spingendo e comprimendo il tessuto che si lacera al punto di contatto ; allora la rottura è detta mediata , diretta o per pressione.

Le rotture possono aver luogo sopra un tessuto sano o sopra un tessuto ammalato. Lo ammolimento , la ulcerazione , la gangrena , lo assottigliamento , l' atrofia , le degenerazioni adiposa , tubercolosa ed encefaloide , sono le lesioni principali le quali , diminuendo la resistenza di un organo , lo dispongono di più a lacerarsi , a rompersi sotto la influenza delle cause che agiscono su di esso.

Il perforamento è una completa soluzione di continuo per la quale una insolita comunicazione si stabilisce tra un organo cavo ed un altr' organo o coll' esterno. Il perforamento differisce dalla rottura in quanto che sembra aver luogo senza sforzi, senza stiramenti, senza pressione, senza violenza esterna. La soluzione di continuo si opera qui lentamente in seguito di una modifica sopravvenuta nella nutrizione del tessuto: quindi il perforamento si produce ora sopra un punto ammolito, ma il più delle volte in seguito di ulcéramento che si è esteso in profondità. Queste alterazioni primitive non essendo state conosciute mediante alcun sintomo, si dice che i perforamenti che hanno luogo in questi casi sono *spontanei*. Questa parola *spontanei* è viziosa; dessa è stata impiegata per indicare i perforamenti del tubo intestinale i quali avevano luogo senza intervento manifesto di una causa esterna, ad un'epoca in cui queste specie di soluzioni di continuo erano considerate siccome dipendenti soltanto dagli avvelenamenti. La parola *spontanea* non significa pertanto che il perforamento sia prodotto senza lesione del tessuto antecedente; ma si esprime per ciò che questa lesione non si è manifestata con alcun distinto disturbo: quindi i segni propri del perforamento si manifestano di botto e sorprendono spesso lo individuo in mezzo della più perfetta salute in apparenza.

I perforamenti possono essere semplici o multipli; in generale consistono soltanto in una piccola soluzione di continuo, in un forellino che facilmente potrebbe sfuggire ad un esame superficiale; non pertanto, comunque piccola potesse essere, è sufficiente per dar passaggio a' fluidi e dar luogo consecutivamente ad accidenti più o meno gravi e spesso mortali.

DELLE ROTTURE E PERFORAMENTO DELLO ESOFAGO

Esistono nella scienza alcuni esempi di rotture dello esofago: quasi sempre questa lesione si è manifestata durante gli sforzi di vomito; comunque violenti potessero essere, ci pare difficile che per se soli avessero a determinare la rottura dello esofago, se questo condotto non offre di già qualche grave alterazione della tessitura. Crediamo almeno non esistere sin ora alcun fatto che potesse contraddire assolutamente questa opinione, senza eccettuarne forse la osservazione istessa, riportata da Boerhaave, di quell'amiraglio il quale, avendo provocato i vomiti per espellere gli alimenti che in grande quantità si trovavano

nello stomaco, ebbe una completa rottura dello esofago, i cui due estremi furono trovati lontani l'uno dall'altro. Lo esofago che si rompe, che si lacera nell'atto del vomito, ed a maggior ragione senza sforzi ed in modo apparentemente spontaneo, è affetto o da semplice ammolimento gelatiniforme o da cancro ulcerato.

I perforamenti sono relativamente più frequenti delle rotture, senza però essere comunissimi. Essi hanno luogo da dentro in fuori o viceversa. I primi sono prodotti dalla gangrena e più spesso da' progressi di un'ulcera cancerigna o semplice; questa è qualche volta determinata dalla presenza di un corpo estraneo.

I perforamenti che hanno luogo da fuori in dentro risultano per la maggior parte della pressione di un tumore aneurismatico dell'aorta, il quale consuma e distrugge completamente la parete dello esofago colla quale è in contatto: più di rado questo perforamento è prodotto dallo ammolimento de' gangli bronchiali tubercolosi, o da un ascesso il quale, collocato alla parte esterna dello esofago, si apre nella cavità. Si son vedute finalmente ulcerazioni della trachea diffondersi sino allo esofago, e stabilire una comunicazione anormale tra questi due condotti.

Diagnosi. — I segni capaci d'indicare una rottura dello esofago sono generalmente oscurissimi; non pertanto si potrebbe sospettare la esistenza di questa grave lesione, se lo individuo, presentando per un tempo più o meno lungo qualche disturbo per parte dello esofago, fosse preso bruscamente, durante gli sforzi di vomito, da un dolore vivo sul tragitto del condotto, se il vomito cessasse di essere penoso, e se le bevande tranquigiate, penetrando in parte o in tutto nel mediastino, determinassero un senso di angoscia e di soffocazione.

La diagnosi de' perforamenti offre in generale meno incertezza. Oltre a che abbiamo cercato di sapere più sopra quali sono i segni che possono far conoscere la comunicazione dello esofago coll'aorta, col mediastino colla pleura, o pure co' polmoni ed i tubi aerei. Queste ultime comunicazioni accidentali sono state studiate dal Signor Vigla in un lavoro che questo abile medico ha inserito nel 1846 negli *Archives de médecine*.

Pronostico. — La rottura dello esofago è un accidente il quale è probabilmente sempre mortale; lo stesso dicasi della maggior parte de' perforamenti. I soli forse che possono guarirsi sono quelli che si formano consecutivamente alla rottura di un ascesso o di un ganglio tubercoloso.

Cura. — Nelle rotture ed in tutti i casi circa di perforamento, specialmente quando lo esofago comunica colla pleura o col mediastino, bisogna prescrivere la completa astinenza degli

alimenti e delle bevande. Si estingue la sete dando allo infermo qualche fetta di limone o di arancio che succerà, o pure, e con più vantaggio, facendo liquefare qualche pezzetto di neve nella bocca. Si combattono le complicazioni co' mezzi analoghi, e si sostengono le forze mediante i bagni gelatinosi, e specialmente co' clisteri di brodo.

DELLE ROTTURE E PERFORAMENTI DELLO STOMACO

La rottura o la lacerazione dello stomaco, sulla quale il Signor Lefèvre ha pubblicato un interessante lavoro (*Archives* 1842), è un accidente rarissimo, e quasi sempre prodotto da qualche violenza esterna, come una caduta da un luogo elevato, un colpo violento portato sullo epigastrio; una forte pressione esercitata da un corpo pesante, come una ruota di vettura che passa a traverso del corpo. Queste cause agiscono tanto più efficacemente in quanto lo stomaco è più disteso da alimenti solidi, da bevande e da gas. Si è pure supposto che in questo stato di replezione, la rottura potrebbe aver luogo, siccome osservasi frequentemente nel cavallo, durante gli sforzi violenti ed impotenti di vomito. Però non crediamo questo effetto possibile se non per quanto le pareti dello stomaco hanno subito alcune delle alterazioni delle quali abbiain fatto parola (ammollimenti ed ulcerazioni); in fatti queste alterazioni, precedono quasi sempre i perforamenti *spontanei*. Con più ragione ciò accade delle rotture che avvengono dietro alcuni sforzi muscolari, come nell'atto della defecazione o sollevando pesanti fardelli. In fine alcuni autori hanno ammesso che, in seguito di un'abbondante esalazione di gas negli organi digestivi, lo stomaco poteva subire un distendimento estremo e capace di romperlo. Questa opinione però è stata ammessa per semplice analogia e pel paragone di ciò che osservasi in alcuni animali erbivori: questi, dopo aver mangiato piante fresche e bagnate dalla rugiada, provano in fatti qualche volta uno sviluppo istantaneo di gas che può rompere lo stomaco. Però sin ora non esiste nella scienza alcun fatto il quale potesse dimostrare che la stessa causa abbia agito nella stessa guisa nell'uomo. Oltre a ciò, perchè lo stomaco potesse così rompersi per eccesso di distendimento, bisognerebbe che una lesione organica, o che una contrazion spasmodica e simultanea de' due orifici si opponesse in modo assoluto alla uscita delle materie solide, liquide o gassose che lo distendono. Checchè ne sia, la rottura avendo luogo in queste con-

dizioni dovrebbe operarsi quasi sempre nelle parti resistenti dell'organo, cioè verso il grande arco, e specialmente nel grand' cul di sacco.

La maggior parte delle soluzioni di continuo dello stomaco appartengono all'ordine de' perforamenti; esse sono prodotte da cause fisiche, chimiche o vitali. Quindi per le prime, si comprende che uno strumento temperato, che una scheggia di osso introdotto nello stomaco, potranno forare quest'organo. Le cause che agiscono chimicamente sono i veleni corrosivi, che forano lo stomaco in due modi; ora corrodono le parti, le distruggono, le ammolliano, in guisa che il veleno penetra tosto nel petto; altre volte i tessuti sono semplicemente infiammati, ulcerati, ed il perforamento si manifesta allora per i progressi del travaglio ulcerativo.

Le cause del perforamento che chiamiamo organiche o vitali sono specialmente quelle le quali, apportando qualche cambiamento nella nutrizione o nella struttura dello stomaco, rendono le pareti dell'organo più sottili e più friabili; tali sono le ulcerazioni semplici o cangrenose, che distruggono a poco a poco tutta la spessezza delle pareti; lo ammolimento gelatiniforme e le escare le quali, distaccandosi, possono lasciare un'apertura che mette in comunicazione lo stomaco col peritoneo, e ne' casi in cui la distruzione è stata solamente parziale, rimane un'ulcerazione i cui progressi possono produrre lo stesso risultato. Un ascesso sviluppato nella spessezza delle pareti, o pure de' tubercoli sotto mucosi e sotto sierosi, possono anche, dopo essersi ammoliti, aprirsi successivamente o simultaneamente sopra le due superficie dello stomaco, e stabilire così un perforamento. In fine si vede qualche volta lo stomaco forarsi in modo affatto spontaneo, senza causa manifesta, ed in coloro i quali godono di una perfetta salute. L'autopsia non presenta altra alterazione meno che una soluzione di continuo. Si è cercato a spiegare questa in diversi modi; alcuni, e Chaussier alla loro testa, hanno invocato un lavoro infiammatorio che avrebbe rapidamente distrutto un punto dello stomaco. Questa opinione, alla quale il Signor Andral sembra partecipare non mi sembra affatto probabile, atteso che non vedesi in nessun punto la infiammazione circoscriversi ad uno spazio di alcuni millimetri, non si vede nè anche distruggere in alcuna parte istantaneamente i tessuti; in fine nell'autopsia cadaverica, si trovano i bordi della soluzione di continuo ammoliti, tagliuzzati, qualche volta ecchimosati, però mancano i caratteri anatomici di un lavoro flogistico. Crediamo che in questo caso trattasi di un ammolimento acuto simile a quelli che abbiamo veduti precedentemente atti ad assalire il cervello e produrre gli istantanei sintomi di pa-

ralisi. Quindi niente prova che la infiammazione abbia una parte qualunque nello sviluppo dell' alterazione, e non sapremo vedere in ciò meno che una di quelle numerose lesioni di nutrizione il cui modo di prodursi è ancora nel mistero. In quanto a quelli che spiegano lo ammolimento per l' azione del succo gastrico sulle pareti dello stomaco, diremo ancora quel che abbiamo precedentemente provato parlando degli ammolimenti cadaverici dello stomaco, cioè che un simile scioglimento può aver luogo soltanto sul cadavere, e che non è affatto provato che il succo gastrico potesse alterare lo stomaco durante la vita, a meno che non vi sia privazione d' influenza nervosa, siccome vedesi dopo la sezione de' nervi pneumo-gastrici.

Qualunque sia il meccanismo del perforamento, questo è spesso luogo senza causa determinata manifesta; però qualche volta è luogo dietro uno sforzo, una scossa, una compressione dell' addome, un distendimento dello stomaco per effetto degli alimenti o de' gas, circostanze che sarebbero senza affetto sopra un organo sano, ma che bastano per dar luogo ad una lacerazione quando le pareti sono indebolite da una ulcerazione o un ammolimento.

Ne' casi precedenti, abbiain veduto il perforamento dello stomaco succedere da dentro in fuori, qualche volta però è luogo viceversa. Non dobbiamo occuparci di questi ultimi, i quali sono i modi di terminare spesso felici delle malattie più o meno gravi: tali sono certi versamenti peritoneali, o gli ascessi del fegato, della milza, ec., i quali si aprirebbero qualche volta una strada esterna a traverso lo stomaco.

Anatomia patologica. — I perforamenti dello stomaco studiati anatomicamente variano molto tra loro. Gli uni consistono in un semplice foro talmente stretto da tornar necessario il soffiamento nello stomaco per scovrirlo; più spesso però il foro è una larghezza di una moneta di 50 centesimi o di 1 franco. La distruzione può essere anche più estesa ed occupare uno spazio di 6, 8 o 10 centimetri quando è prodotto da un ammolimento delle pareti dell' organo. Per lo più esiste solamente un perforamento; esistono casi non pertanto in cui se ne trovano molti ad una maggiore o minor distanza gli uni dagli altri. I bordi del perforamento sono differentissimi, secondo la causa che ha prodotto questa lesione: quindi ne' perforamenti per cancro, l' apertura a bordi indurati esiste al centro o al limite istesso della ulcerazione cangerigna; ne' perforamenti per ulcerazione semplice, i bordi sono rotondi, tagliati a picco; altri anno i bordi ineguali, assottigliati ed ammoliti, diversamente colorati. Ne' perforamenti per ammolimento semplice, i bordi sono ineguali, frangiati, di un bianco opaco, e grigiastri ed ammoliti, in una estensione di 3 o 4 millimetri almeno.

Questi perforamenti variano, in quanto alla sede, secondo la causa organica che li à prodotti. Così quelli che succedono dietro una ulcerazione cancerigna occupano quasi sempre le vicinanze del piloro, o uno degli archi; quelli che sono determinati da una ulcerazione semplice àno sede alla faccia anteriore o posteriore; in fine i perforamenti per ammolimento occupano il più delle volte il gran cul di sacco.

Nella maggior parte di quelli che muoiono con un perforamento dello stomaco, si trova l'addome disteso da' liquidi ed i gas sparsi nel peritoneo, e questa membrana infiammata in tutta la sua estensione. In alcuni casi però il perforamento architettandosi lentamente, e le aderenze stabilendosi con alcune delle parti vicine, impediscono il versamento di aver luogo nel ventre. Quindi è che spesso trovansi al fondo di un'ulcerazione che à distrutto tutta la parte corrispondente dello stomaco, il fegato, la milza, il pancreas, il diaframma, la parete addominale, il colon trasverso, il duodeno o un'ansa dello intestino gracile che fanno in qualche modo l'ufficio di un turacciolo. Accade però spesso che il lavoro ulcerativo, invadendo a suo tempo l'organo che à contratto un'aderenza collo stomaco, lo distrugge in questo punto; ne risulta allora un doppio perforamento. Quindi si è veduto lo stomaco comunicare collo esterno a traverso della parete addominale; lo abbiamo veduto aprirsi nel colon trasverso, e si cita un caso in cui, dopo la distruzione del diaframma, quest'organo comunicava colle pleura o col polmone.

Sintomi, corso, esiti. — I perforamenti dello stomaco possono essere preceduti per un tempo più o meno lungo da diversi disturbi determinati da alcune delle alterazioni delle quali il perforamento è spesso la conseguenza. Altre volte il perforamento à luogo senza sintomi prodromi; esso sorprende allora lo individuo in mezzo alla più florida salute. Nell'uno e nell'altro caso, lo sviluppo è quasi sempre brusco, istantaneo. Gl'individui provano, senza causa conosciuta, spesso poco dopo il pranzo, un dolore vivo, lacerante, atroce, il quale, fissò prima allo epigastrio, si propaga tosto in tutto il ventre. Spesso al momento istesso in cui il perforamento si architetta, gli ammalati si lagnano pure di un freddo violento con raffreddamento del corpo. Sono pure presi ben presto da nausea e da vomiti; ma il più spesso si sforzano solamente per vomitare senza nulla espellere. L'ansietà è estrema, la faccia decomposta, il polso piccolo, depresso, frequentissimo, la pelle fredda, coperta di sudore; lo ammalato si agita e cade nel più profondo scoraggiamento. Presenta tutti i segni della peritonite generale e perpe-

racuta, siccome, li abbiamo descritti nel primo volume. In fine inuore, per lo più, dopo ventiquattro o trentasei ore. Raramente contrasta più lungo tempo con una inevitabile morte.

Da ciò che precede è supposto che il perforamento abbia luogo nel peritoneo, e niente si opponeva al versamento in questa membrana delle materie contenute nello stomaco; non però così avviene quando uno degli organi vicini si attacca all'orificio fistoloso, e supplisce così alla porzione distrutta dello stomaco. Si concepisce che in questi casi non può esistere alcuno de' segni di perforamento, ma soltanto i disturbi diversi che appartengono alla gastrite cronica, al cancro o allo ammolimento; secondo che una di queste malattie esiste. Se in seguito il lavoro ulcerativo fora l'organo che otturava il perforamento dello stomaco, si osserveranno diversi fenomeni in rapporto colla novella lesione. Quindi se lo stomaco comunica colla plicura, siccome lo hanno veduto i signori Andral e Beau, si osservano i segni dell'idropneumotorace. Il tintinnio metallico ha luogo qui durante l'introduzione delle bevande; e se nello stesso tempo esiste una fistola polmonale, gli ammalati potranno colla espettorazione restituire i liquidi introdotti nello stomaco. Se un perforamento si determina tra questo ed il colon trasverso, siccome ne è raccolto un esempio, gli ammalati si depauperano prontamente, cadono rapidissimamente nel marasmo se l'apertura di comunicazione è molto larga: vi saranno allora scarichi ventrali continui, formati in gran parte da alimenti poco alterati ed ancora facili a conoscersi. Finalmente se lo stomaco comunica allo esterno a traverso le pareti addominali, dopo sofferenze più o meno vive, che forzano gli ammalati a camminar col corpo in avanti, si vede che un tumore si sviluppa verso uno de' punti della regione epigastrica o sotto ombelicale; da quest'apertura spontanea o praticata ad arte, sgorga una maggiore o minor quantità di liquidi, in mezzo a' quali si riconoscono le bevande e gli alimenti da poco ingoiati. Queste fistole sono differenti dalle due precedenti in quanto che, se non sono lo effetto di una malattia incurabile (un cancro per esempio), non impediscono gli ammalati di vivere un maggiore o minor numero di anni. Si sono veduti di tali esseri che han vissuto in tal guisa dieci, quindici ed anche venti anni. Però le digestioni sono difficilissime e la nutrizione incompleta: così tutti questi ammalati si depauperano a poco a poco. Esistono però nella scienza due casi di fistola stomacale, uno osservato da Perey, dal Signor Beaumont. L'altro, in individui i quali godevano di tutti gli attributi della salute, e che impedivano gli alimenti di scappar via durante l'atto della digestione otturando l'orificio esterno della fistola con un otturatore. Questi fatti però sono

eccezionali; oltre a che in questi due casi, la fistola stomacale era stata il risultato di una piaga di arma da fuoco, che senza dubbio è meno pericolosa quando è luogo dietro un lavoro ulcerativo. Si potrebbe credere che applicando un gomito sullo orificio esterno della fistola si rimedierebbe sempre alla perdita delle sostanze dello stomaco; è però falso, perchè si è osservato un ammalato il quale provava subito dopo il pranzo una penosa impressione ed anche una vera gastralgia che l'obbligava a togliere l'apparecchio per dar luogo alla uscita degli alimenti per l'apertura fistolosa. Questo fenomeno si è osservato sopra un ammalato di Corvisart, e specialmente in un altro la cui storia raccolta da Weneker e riportata nel t. V. della raccolta di Haller.

Diagnosi. — Un dolore vivo, lacerante, che manifestasi di botto, e seguito tosto dallo stato grave già descritto e da sintomi di una peritonite perperacuta, indica la rottura nel peritoneo, di uno de' numerosi organi cavi che questa sierosa avvolge, o di qualche tumore liquido accidentalmente sviluppato nel ventre. La diagnosi differenziale sarà stabilita dietro lo studio de' commemorativi, in considerazione de' sintomi ed il loro ordine di sviluppo. Così quando un individuo soffrendo da lungo tempo di stomaco prova di botto un dolore lacerante allo epigastrio che poi si propaga in tutto il ventre, e si accompagna a vomiti o semplicemente a sforzi penosi di vomito, e tosto a tutti i segni di una peritonite perperacuta, si potrà credere con certezza che il perforamento è sede sopra uno de' punti dello stomaco. Durante la vita, i perforamenti spontanei dello stomaco potrebbero essere confusi cogli avvelenamenti mediante i caustici; però in quest'ultimo caso lo esame delle labbra, della bocca e della gola, la diarrea e l'analisi chimica degli scarichi ventrali e delle materie vomitate, dimostrano tosto la causa degli accidenti.

Sul cadavere, bisogna distinguere i perforamenti che hanno luogo durante la vita, da quelli che possono architettarsi dopo la morte in seguito di una specie di scioglimento delle pareti dello stomaco mediante il succo gastrico. (Vedi sopra *Ammolimento*). In questi ultimi casi, non esiste, in vicinanza del perforamento, alcuna traccia di flemmasia, mentre che abbiamo veduto che un risultato costante de' perforamenti che hanno luogo durante la vita nella peritonite è la infiammazione quasi istantanea di questa sierosa. L'accurato esame delle parti farà pure scovire la causa del perforamento. Quelli che hanno luogo al centro di un'escara, specialmente se ne esistono molte ad una certa distanza le une dalle altre, dovranno far sospettare un avvelenamento mediante un caustico; così bisognerà esami-

nare accuratamente lo stato delle altre parti del tubo digestivo, dalla bocca sino al retto, e procedere all'analisi delle materie, atteso che non bisogna mai conobbiudere per un avvelenamento per la semplice ispezione anatomica.

Pronostico. — Torna superfluo il dire quanto il pronostico sia grave, poichè la morte è stata sin ora l'esito costante della comunicazione dello stomaco col peritoneo. Però la guarigione non è assolutamente impossibile, siccome tende a provarlo un fatto di Delpech citato nel *Mémorial des hôpitaux du Midi* per l'anno 1830. Esso si rapporta ad una donna la quale, avendo presentato tutti i segni di un perforamento dello stomaco, vltò gli accidenti mitigarsi sotto la influenza di un metodo di cura convenevole; otto giorni dopo, la convalescenza sembrava stabilirsi, ma l'ammalato, avendo mangiato, i vomiti ne furono la conseguenza, una parte delle aderenze furono distrutte, ed una peritonite generale che sopravvenne produsse rapidamente la morte.

Cura. — Bisognerebbe privare lo ammalato delle bevande, sbarazzarlo da tutti i lacci che potrebbero pesare sul ventre tosto che i segni di perforamento si manifestano; si prescriverà la immobilità assoluta, e si cercherà di distruggere la contrattilità dello stomaco mediante l'oppio a dose generosa, siccome si pratica ne' casi di perforamento intestinale. Solamente si dovrebbe amministrare in questo caso il medicamento per lo intestino o per la pelle probabilmente denudata dall'epidermide.

DE' PERFORAMENTI INTESTINALI

Benchè abbiamo già parlato molte volte nel primo volume de' perforamenti intestinali, crediamo cosa utile ritornare ancora su questo importante soggetto, e dare in succinto la storia di questo terribile accidente.

Bisogna dividere i perforamenti intestinali in due gruppi distinti per le loro cause, i loro sintomi ed il loro esito. Nel primo gruppo si trovano i perforamenti che succedono da dentro in fuori, cioè dalla mucosa verso il peritoneo, e che sono sempre l'ultima espressione di una lesione materiale delle pareti intestinali. Nel secondo gruppo collochiamo i perforamenti che hanno luogo da fuori in dentro, cioè dal peritoneo verso la mucosa. Quelli risultano dalla propagazione allo intestino di una malattia delle vie vicine. Essi costituiscono ora una novella complicazione, ora possono essere uno de' modi di guarigione di una malattia: gli ascessi delle fosse iliache, de' ligamenti e delle ovaie che si aprono nello intestino crasso ce ne offrono degli esempi.

Ritornò in una comune descrizione i perforamenti che interessano lo intestino gracile ed il crasso; solamente procurerò di esporre di passaggio le leggiere differenze che offrono; ma studierò in un articolo a parte i perforamenti dell'appendice ciecale, i quali sono alquanto distinti da' precedenti per la loro cause e forse ancora per un corso differente.

1. *Perforamenti che hanno luogo da dentro in fuori. Cause.* — I perforamenti, qualunque sia il punto dello intestino dove hanno sede, sopravvengono quasi sempre in quelli individui che già soffrono, da un tempo più o meno lungo, una malattia acuta o cronica. Le sole affezioni acute nel corso delle quali abbiain veduto aver luogo il perforamento sono la febbre tifoidea e la dissenteria. I perforamenti tifoidei, certamente più comuni di tutti, hanno sede verso lo estremo dell'intestino gracile; quelli che sono la conseguenza della dissenteria si osservano nello intestino crasso: gli uni e gli altri sono la conseguenza di un lavoro ulcerativo.

Esistono pure due malattie croniche nel corso delle quali i perforamenti intestinali non sono rarissime: son desse le ulcerazioni tubercolose degl'intestini nella etica e la degenerazione cancerigna delle pareti intestinali. I perforamenti tubercolosi, molto più rari di quelli che hanno luogo nella febbre tifoidea, si osservano quasi sempre nell'ultimo terzo dello intestino gracile; però qualche volta interessano l'intestino crasso. I perforamenti cancerigni, per lo contrario i quali si architettano qualche volta mediante i progressi di un lavoro ulcerativo, ed ora per la rottura delle pareti, quando il distendimento di queste è addivenuto molto forte, hanno sede incomparabilmente più spesso nello intestino crasso che nel gracile. Ciò non dipende solamente dal perchè il cancro è quattro volte più comune nel primo che nel secondo, ma pure in ragione di una condizione anatomica e fisiologica perfettamente indicata dal professor Schutzeberger. In fatti, nel cancro dello intestino gracile, quando l'alterazione organica forma un ostacolo al corso delle materie, queste, momentaneamente accumulate, sono tosto respinte verso lo stomaco pel movimento antiperistaltico, poi espulse mediante il vomito, perchè la valvola pilorica non può offrir loro che una debole resistenza: la valvola di Bauhin, per lo contrario, resiste con molta energia al riflusso delle materie che un cancro dello intestino crasso impedisce di scappar via liberamente dall'ano. In fatti, le due labbra della valvola ileo ciecale sono talmente disposte, che quando una forza spinge i liquidi verso lo intestino gracile, si applicano esattamente l'una all'altra e chiudono il passaggio. La resistenza che oppongono è talmente possente, che si è veduta, siccome lo attesta il Signor Corbin,

la valvola, anzichè cedere, distaccarsi dalla superficie intestinale e formare un ponte al di sopra del quale lo intestino graiile ed il crasso comunicavano per un'apertura larga più di 3 centimetri.

Il perforamento intestinale è spesso consecutivo alla cangrena: questa è prodotta qualche volta dall'azione di un caustico. Altre volte è lo effetto del costringimento che lo intestino prova quando è stretto da una briglia, da un anello, o pure quando è invaginato o disteso da un corpo estraneo come un calcolo, o dall'accumulo delle fecce indurate.

Se egli è vero, siccome lo abbiamo detto più sopra, che nella quasi totalità de' casi i perforamenti intestinali si architettano in quell'individui i quali soffrono da un tempo più o meno lungo, non è però meno certo che la stessa lesione sorprende qualche volta lo individuo in mezzo alla più perfetta salute; mi è stato dato osservar ciò tre volte. L'autopsia che è potuto praticare in due casi, à provato che il perforamento, che aveva sede una volta nel duodeno, e l'altra nella parte inferiore dell'ileo, si era architettato per i progressi di una piccola ulcerazione, la sola che esistesse in tutta la estensione delle vie digestive, ulcerazione indipendente dalle diatesi tubercolosa e cancerigna, e che non erasi mostrata durante la vita per alcun disturbo funzionale.

Qualunque sia delle lesioni che precedono quella la quale è stata il punto di partenza del perforamento, egli è costante che questa si opera quasi sempre all'impensata, spontaneamente, senza causa determinante manifesta. Però qualche volta il perforamento è sembrato provocato da uno sforzo, da un distendimento dello intestino prodotto da' liquidi o da' gas, da una pressione troppo forte sull'addome, o pure esercitata alla faccia interna dello intestino ed al livello dell'alterazione da un corpo duro quanto un nocciolo di frutto, un calcolo o un verme lombricoide. Alcuni autori hanno pure sostenuto con Brera che questi parassiti potevano forare un intestino sano; però tutto porta a pensare, siccome verrà da noi stabilito altrove, che i lombrici non forano lo intestino che per quanto le sue pareti sono anticipatamente ammolite o profondamente ulcerate.

Anatomia patologica. — I perforamenti intestinali hanno diversi aspetti secondo che sono la conseguenza di un'ulcerazione tifoidea, dissenterica, tubercolosa, o cancerigna (vedi questa malattia). Qualunque sia la causa che li abbia prodotti, ora si trova un sol perforamento (ed è il caso più comune), ora ne esistono molti a poca distanza gli uni dagli altri; presentano diverse dimensioni. Ve ne sono di quelli tanto larghi da permettere la introduzione del dito indice, tali sono per esempio

quelli consecutivi ad un canero. La maggior parte però sono più piccoli, perchè permetterebbero appena che s'introdicesse una lenicchia, un pisello o la testa di una spilla. Ve ne sono pure di quelli consistenti in un forellino estremamente sottile: essi potrebbero non essere veduti, se per scovirli non si sollevasse lo intestino immerso nell'acqua. I loro bordi sono generalmente assottigliati, ammolliati, o pure indurati, friabili, diversamente colorati e qualche volta senza colorito anormale. Si aprono quasi sempre direttamente nel peritoneo; però alcune volte, siccome risulta da alcuni fatti riportati dal Signor Corbin negli *Archives* del 1830, il perforamento intestinale comunica col peritoneo mediante i tragitti fistolosi scavati nella spessezza del mesentero.

Se il perforamento, e ciò a quasi sempre luogo, succede nel peritoneo, e prima che alcun'aderenza si sia organizzata, si trovano tutti i caratteri anatomici di una peritonite perperacuta: se, a misura che il lavoro ulcerativo progrediva verso lo esterno, le aderenze protettrici si sono organizzate, il perforamento si sarà architettato in un punto del peritoneo molto circoscritto, si sarà formato una specie di ascesso stercoraceo tra alcune anse intestinali, ascesso il quale, se lo ammalato à vissuto lungo tempo, avrà potuto farsi strada a traverso di questo. Ha potuto pure succedere che l'ansa intestinale aderisse intimamente al momento del perforamento ad un'altra ansa, o ad un altro viscere cavo, ed alla parete addominale, e che il travaglio ulcerativo propagandosi a queste parti, si sia stabilita una fistola intestinale di ansa in ansa, o una comunicazione colla vescica, coll'utero, la vagina, le trombe, ec., o direttamente collo esterno. Può anche succedere che quando la ulcerazione à perforato lo intestino ed un altro organo cavo che gli sta aderente, si sia stabilito un novello perforamento in senso inverso, che faccia comunicare questo con un altro punto delle vie digestive. Il caso forse più curioso che esiste di questo genere è quello riportato da Chomel. Questo professore à veduto sopra un cadavere il duodeno comunicare liberamente col colon trasverso per mezzo della vescichetta biliare, che era aderente a' due intestini e largamente aperta ne' due lati. Se in fine il perforamento à avuto luogo a traverso la parte del cieco che non è coverta dal peritoneo, si troverebbe un ascesso spesso gangrenoso nel tessuto cellulare della fossa iliaca destra.

Sintomi corso. — Ho già esposto dettagliatamente nel primo volume i terribili sintomi che si manifestavano quando, architettandosi un perforamento, le materie ed i gas contenuti nello intestino si spandevano nel peritoneo. Questi sintomi sono quelli di una peritonite perperacuta, i quali terminano quasi sempre

in pochi giorni colla morte. Gli accidenti sono gli stessi e si distinguono soltanto per una minor gravezza, quando il perforamento à luogo in un punto circoscritto del peritoneo, siccome lo abbiain supposto. Se il perforamento interessa il cieco e mette in comunicazione lo intestino col tessuto cellulare, si sviluppa un flemmone che termina prontamente colla suppurazione, ed il pus, esce misto a' gas ed alle materie stercoracee quando si pratica un' uscita artificiale. Lo scollamento è allora in generale molto esteso; la continuazione della fistola intestinale rende la suppurazione bondantissima, e la cicatrizzazione del focolaro difficilissima; quindi la maggior parte degli ammalati periscono dopo un tempo più o meno lungo.

Quando il perforamento si stabilisce in modo che lo intestino comunica con certi organi cavi, come gli ureteri, la vescica o la vagina, sfuggono da questi organi i gas e le materie fecali, il che fa stabilire una diagnosi delle più certe. Si comprende che non esiste alcun segno che potesse far conoscere la comunicazione anormale esistente tra due anse d' intestini; osserviamo pure che questa comunicazione non produce alcun disturbo funzionale tutte le volte che si stabilisce tra due punti dello intestino poco lontani l' uno dall' altro. Non succederebbe in tal guisa però se una fistola alquanto larga facesse comunicare per esempio la parte superiore del digiuno con un punto del crasso intestino, perchè la maggior parte degli alimenti soggiornando pochissimo tempo nelle vie digestive, gli ammalati dimagirebbero si depaupererebbero quasi come in un caso di ano contro natura stabilito alla parte superiore delle vie digestive.

Il perforamento che si dirige verso i tegumenti non arriva allo esterno che mediante un ascesso formato sulle pareti addominali, e che aprendosi sulla pelle, lascia sfuggire i gas e le materie fecali, prova certa di una comunicazione collo intestino.

Diagnosi. — Gli accidenti prodotti dal perforamento intestinale nel peritoneo offrono qualche simiglianza con i sintomi dell' ileo, ed è veduto qualche volta uomini sperimentati esitare sulla cura da praticarsi, cura differentissima ne' due casi. Nelle due malattie in fatti, avvi dolore vivo del ventre, singhiozzi, vomiti, soppressione negli scarichi ventrali. Però nell' ileo che si sviluppa, la sensibilità del ventre è manifesta in un punto, però non esiste segno di peritonite: la costipazione è completa; i vomiti, generalmente poco ripetuti nel perforamento, sono quasi continui nel caso d' ileo, ed addiventano finalmente stercoracei. Non è allo sviluppo di uno strozzamento interno, ma più tardi che il polso acquista questa frequenza e questa estrema piccolezza, la faccia presenta quest' alterazione profonda, la pelle questo raffreddamento glaciale, gli estremi

delle dita quella tinta cianotica che si osserva si comunemente ne' primi momenti di perforamento. Questa rapidità differente nel corso degli accidenti è un eccellente carattere distintivo tra le due malattie.

Pronostico. — In qualunque modo si potesse architettare, il perforamento intestinale costituisce sempre uno degli accidenti più gravi. Quando lo intestino è messo in comunicazione col peritoneo, la morte è quasi sempre inevitabile, perchè forse si trovano appena negli annali della scienza cinque o sei casi di guarigione. Senza far paragone della gravezza, il perforamento che mette in comunicazione lo intestino col tessuto cellulare delle fosse iliache o de' lombi termina quasi sempre colla morte, forse in ragione della difficoltà della cicatrizzazione del focolaro. L'apertura dello intestino, in uno degli organi cavi che lo circondano, costituisce pure una incurabile lesione; però non produce sempre gli accidenti immediatamente o prossimamente pericolosi. Le fistole intestinali che si aprono alla superficie de' tegumenti sono i soli contro i quali l'arte chirurgica può intervenire con efficacia.

Cura. — Abbiamo esposto nel primo volume parlando della cura della febbre tifoidea, le regole che debbono dirigere il medico ne' casi in cui lo intestino si apre nel peritoneo: i precetti che abbiamo dati possono essere così riassunti; riposo assoluto, immobilità, assenza di qualunque pressione sul ventre, astinenza delle bevande, amministrazione dell'oppio ad alta dose, poi se lo stato del polso lo permette, applicazione delle sanguisughe su i punti più dolorosi del ventre, seguite da unzioni di unguento napoletano. Se si forma un focolaro circoscritto, bisognerebbe tosto praticare un esito artificiale al pus.

Perforamenti da fuori in dentro. — I perforamenti che hanno luogo da fuori in dentro abbiain detto che risultano dalla propagazione allo intestino di una malattia di uno degli organi vicini. Ne abbiamo già osservato numerosi esempt, e ne citeremo molti altri; quindi è che gli ascessi delle fosse iliache, de' ligamenti larghi e delle ovaie, gli aneurismi delle principali arterie addominali, gli ascessi ed i cistici idatici del fegato e de' reni, i calcoli biliari, si aprono qualche volta negl'intestini. L'uscita al di fuori per l'ano delle materie contenute nei tumori e lo indebolimento di questi ultimi caratterizzano in questo luogo il perforamento intestinale. Questo è spesso un esito per la guarigione, qualche volta è la sorgente di novelli accidenti, in fine in alcuni casi è più o meno prontamente fatale: ciò a luogo, per esempio, quando un tumore aneurismatico si apre in un punto del tubo intestinale.

DE' PERFORAMENTI DELL' APPENDICE DEL CIECO

Le lesioni dell' appendice dell' cieco sono state per lungo tempo sconosciute: la loro istoria è stata intieramente data dagli autori contemporanei. Citerò in spezieltà le osservazioni di Lonyer-Villermay (*Archives*, t. V), il lavoro interessantissimo pubblicato dal Signor Mélier nel 1827, [nel *Journal général*, la tese del Signor Bodart (1844), quella del Signor Merling, sostenuta a Heidelberg nel 1836, un lavoro del dottor Burne, comparso nel 1838, nel *Westminster's hospital reports*, in fine una memoria del dottor Volz di Carlsruhe (1843).

Per contrario a ciò che à luogo per lo intestino gracile, l' appendice ciecale non si vede mai forato co' progressi della febbre tifoidea, almeno non ne conosco fin ora alcun esempio autentico. Per lo contrario si citano alcuni casi di ulceramenti tubercolosi terminati con perforamento dell' appendice; il dottore Esche à pur citato un fatto in cui questo accidente si è prodotto pel progresso di un' affezione cancerigna la cui esistenza non si mostra che pochi giorni prima la morte. Nella maggior parte de' casi conosciuti sin ora, il perforamento dell' appendice è stata prodotta dalla introduzione nella sua cavità di corpi estranei, come materie fecali indurate e calcoli intestinali, circostanze che ò già incontrate due volte: lo stesso effetto è stato pur prodotto da' noccioli di frutti, dalle semenze di melloni, da' corpi metallici, come una spilla; in fine il Signor Becquerel à osservato un fatto e riportato nella tese di Bodart il quale porta à credere che gli ascaridi lombricoidi, impegnandosi nell' appendice, possono consumarla e romperla.

Il meccanismo secondo il quale l' appendice si fora in questi casi è facile a comprendersi. I corpi estranei, penetrando nella cavità del corpo vermicolare, lo ulcerano, e qualche volta lo mortificano.

In generale i perforamenti dell' appendice sono molto larghi; i bordi della soluzione di continuo sono brunastri, grigiastri, ammoliti e cangrenati: il corpo estraneo è spesso caduto nel peritoneo; qualche volta si trova pure nella cavità dell' appendice. In generale questo è aderente colle pareti del bacino o con un' ansa intestinale vicina.

Spesso il perforamento dell' appendice à luogo bruscamente, senza essere annunciato da alcun disturbo funzionale. Altra volta, per lo contrario, vi sono i prodromi; consistono specialmente in coliche più o meno vive, accompagnate o pur no

da febbre, ma accompagnate da costipazione e da inappetenza. Questi accidenti sono prodotti dal distendimento al quale l'appendice va soggetta e dalla sua infiammazione; poi il perforamento avendo luogo di botto, si osservano tutti i sintomi di una peritonite perperacuta. Questa successione di accidenti, da me medesimo osservata, è stata perfettamente indicata in un lavoro del Signor Dottor Mélier; se essa fosse costante, non potrebbe determinare durante la vita in modo positivo la sede del perforamento.

È probabile che il perforamento dell'appendice nel peritoneo deve sempre produrre terribili accidenti: però il Signor Volz à detto in questi ultimi tempi che quando la lesione era prodotta da un calcolo, questo poteva piombare nel ventre, aderirvi e chiudersi in una cisti senza determinare alcun accidente. Questo caso deve però essere rarissimo; perchè abbia luogo, bisogna che nessun fluido scappi via dalla soluzione di continuo, e che l'appendice non sia mortificata.

L'appendice ulcerata, distrutta, può, aprendosi nel peritoneo ed anche prima del suo perforamento, provocare la formazione delle aderenze protettatrici che imprigionano in tutti i punti le materie stravasate. Il focolaro che ne risulta può allora aprirsi al di fuori per la pelle o nel cieco, o pure, perforando il peritoneo, immettersi nel tessuto cellulare della fossa iliaca siccome è stato stabilito nel mio lavoro sugli ascessi di questa regione (*Archives* del 1839).

Per dar termine diciamo finalmente che l'appendice anzichè aprirsi nel peritoneo, può contrarre delle aderenze con uno degli organi cavi circostanti ed aprirsi nella sua cavità; tale è il caso citato nella memoria del dottor Merling di un individuo nel quale l'appendice stava aderente allo intestino crasso, e comunicava colla sua cavità. Si è pur riportato nella *Gazette médicale* (1843) il fatto ancora unico, io credo, di una comunicazione dell'appendice colla vescica; lo individuo che presentò quest'alterazione aveva emesso la urina dal retto ed un verme lombricoide dall'uretra. La cura è poggjata sugli stessi principi di quelli de' perforamenti intestinali (Vedi più sopra).

DELLE ROTTURE E PERFORAMENTI DELLE PARETI DEL CUORE

La maggior parte delle soluzioni di continuo che hanno luogo spontaneamente nel cuore appartengono piuttosto alle rotture anzichè a perforamenti propriamente detti. Questa lesione, di cui Harvey sembra aver citato il primo esempio è oggi molto conosciuta, perchè oltre le numerose osservazioni particolari che trovansi sparse ne' trattati di medicina e le raccolte periodiche, la scienza si è arricchita di alcune speciali ricerche, tra le quali li distinguono specialmente quelle di Portal (1), de' Signori Rostan (2), Bland (3), Nochioux (4), Dezeimeris (5).

Divisioni. — Le rotture del cuore differiscono tra loro in quanto che sono precedute o no da qualche alterazione nella struttura del tessuto dell'organo. Bisogna pur distinguere le rotture in quelle che affettano le pareti del cuore in tutta la loro spessorezza, ed in quelle che interessano soltanto le colonne carnose o i cordoni tendinei. Parleremo ora della prima specie soltanto.

Cause delle rotture e circostanze nelle quali hanno luogo. — Non cade dubbio esistere delle rotture affatto spontanee e che si manifestano senza lesione antecedente manifesta e spesso senza causa determinante: qualche volta però hanno luogo in seguito di violenti sforzi o un accesso di dispnea: in quest'ultimo caso la rottura è prodotta dalla violenza delle contrazioni. Più spesso ancora queste soluzioni di continuo, senza preesistente lesione, si sono manifestate ne' casi in cui un colpo violento è stato portato sul petto, o anche quando questa parte è stata fortemente compressa da un corpo grave e pesante, come una ruota di vettura. Nel primo caso, la rottura del cuore à luogo come se si rompesse un sacco ripieno di una materia poco o nulla elastica (Dezeimeris). Nel secondo, bisogna ammettere, siccome lo provano le esperienze di Chaussier, che quando l'arco dell'aorta è fortemente compresso e ricusa il passaggio al sangue, questo si accumula nel cuore, il quale si contrae violentemente per sormontare l'ostacolo, ed allora si rompe nello stesso modo siccome si lacera l'utero durante l'atto dello sgra-

(1) *Mémoires de l'Acad. des sciences*, année 1784, et *Anatomie médicale*. t. 3.

(2) *Nouveau Journal de médecine*, année 1820.

(3) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, année 1820.

(4) *Thèse de Paris*, année 1822.

(5) *Archives*, année 1834, et *Expérience*, 1839.

vo, quando una resistenza qualunque che à sede al collo o nel cavo della pelvi si oppone alla uscita del feto.

Le rotture del cuore per alterazione del tessuto sono indubitatamente le più comuni, esse hanno luogo quando è affetto da ammolimento semplice o gelatiniforme, o quando la parete è stata indebolita da un' ulcerazione della faccia interna, per un apoplessia interstiziale o per la formazione di un ascesso. Quantunque si osservino raramente le rotture di cuori affetti da dilatazione con assottigliamento, da ipertrofia, e da restringimento degli orifici; non bisogna considerare queste lesioni come meno predisponenti alle lacerazioni: le prime indebolendo le pareti, le seconde aumentando la violenza delle contrazioni; e perchè la ipertrofia à spesso per effetto di rendere più friabile il tessuto che affetta: in fine i restringimenti degli orifici agiscono siccome quelli che si oppongono all' uscita del sangue; e per la necessità in cui trovasi il cuore di sforzarsi sino a lacerarsi. Se è cosa rara vedere il cuore lacerarsi quando i suoi orifici sono ristretti, ciò avviene perchè l' ostacolo si stabilisce lentamente, mentre che abbiamo detto più sopra che quando questo si fermava bruscamente come ciò accade quando l' aorta è compressa appianata da una pressione esterna, allora la lacerazione del cuore à luogo quasi sempre necessariamente.

Sede delle rotture. — Morgagni, nella sua 27^a lettera, ed in questi ultimi tempi, Ollivier (nel t. VIII del *Dictionnaire de Médecine*), hanno provato che le rotture del ventricolo sinistro erano molto più comuni di quelle del ventricolo destro, e che quest' ultimo si lacerava molto più frequentemente delle orecchiette. Quindi tra quarantanove casi di rottura del cuore riuniti da Ollivier, si trova che la soluzione di continuo avea sede trentaquattro volte nel ventricolo sinistro ed otto soltanto nel destro, due volte sull' orecchietta sinistra, tre sulla destra, ne' due casi, l' uno e l' altro ventricolo presentavano molte lacerazioni. Pur tuttavia questo rapporto di frequenza tra le rotture delle cavità destre e quelle delle cavità sinistre è in una porzione inversa quando queste lesioni sono il risultato di una esterna violenza; quindi, sopra undici casi di questa specie riuniti dal Signor Ollivier, le cavità destre sono state trovate lacerate otto volte, e le sinistre tre volte. In questi undici casi, le orecchiette erano state sei volte la sede della rottura; questa colpirebbe dunque il più delle volte le parti del cuore che sono meno resistenti.

Sarebbe un errore quello di pretendere con alcuni autori, che la maggior parte delle lacerazioni occupano la punta del cuore; perchè su i quarantanove casi analizzati da Ollivier non ve ne erano che nove ne quali una rottura avea sede alla som-

mità dell'organo, mentre che in tutti gli altri aveva luogo alla base o sopra una delle facce anteriore o posteriore. Una soluzione di continuo può interessare la chiusura interventricolare; questo caso però è molto raro; ne parleremo altrove in particolare trattando poscia delle comunicazioni anormali tra le cavità del cuore.

Le rotture sono raramente multiple; esse hanno una direzione ora parallela, ora trasversale o obliqua alle fibre muscolari; il loro tragitto è diretto o sinuoso: esse hanno alcuni millimetri sino a 5 o 6 centimetri di lunghezza. La lacerazione è ordinariamente più estesa allo esterno, dove si trova qualche volta una piccola fenditura o un foro soltanto, il che a portatolo a credere al Signor Bland che la rottura avea luogo da fuori in dentro. I bordi della soluzione di continuo sono più o meno ineguali, nerastri: il foro può essere otturato da un grumo nero o fibroso (Rostan); infine si trova comunemente stravasata nel pericardio una notevole quantità di sangue fluido o coagulato.

Sintomi ed esito delle rotture. — Nella maggior parte de' casi, la rottura del cuore occasiona la morte subitanea, per sincope; questa spiegasi per la mancanza de' battiti del cuore in seguito della compressione brusca che produce il sangue stravasato nel pericardio. Alcuni ammalati provano al momento della rottura un dolore lacerante alla region precordiale; mandano un grido e cadono come colpiti dal fulmine; altri, in minor numero, si dibattono alcune ore; la loro fisionomia esprime allora la estrema ansietà; il corpo è freddo e bagnato da sudore; il polso è insensibile o pur debole, irregolare; alcuni accusano dolori vivi nella spalla sinistra, che si propaga verso il braccio, con un senso di peso ed uno stato di angoscia che potrebbe far credere un'angina di petto; in fine dopo uno o molti accessi, muoiono. Tale è forse l'esito costante delle rotture del cuore; se qualche volta la morte non è affatto istantanea, ciò dipende dal perchè, siccome in un fatto osservato da Cullerier e dal Signor Rostan, un grumo fibroso, denso ed aderente à chiuso la screpolatura. Però credo non esistere ancora alcun fatto che potesse provare che questo coagulo fosse capace di organizzarsi, in modo a rendere completa la guarigione.

Diagnosi. — Non esiste alcun segno certo per conoscere una rottura del cuore. Questa lesione colla rottura dell'aorta, è quella che bisognerà sospettare più spesso ne' casi di morte subitanea; poichè da emorragia cerebrale, comunque forte, non produce una morte così istantanea. Se la vita si prolungasse per qualche tempo, si potrebbe forse sospettare la lesione, quando

lo ammalato accusa estrema ansietà ed un dolore vivo alla regione precordiale, ed i battiti del cuore sono divenuti ad un tratto irregolari ed i rumori più o meno alterati.

Cura. — Se la morte non è istantanea, bisogna sottoporre lo ammalato ad un riposo assoluto ed amministrarne internamente i calmanti. Il salasso è stato generalmente considerato siccome capace di accelerare la morte anzichè impedirla o ritardarla.

DELLA ROTTURA DELLE COLONNE CARNOSE E DE' TENDINI DEL CUORE

La rottura di una o molte delle colonne carnose del cuore o de' loro tendini, meno grave della lesione precedente, è quasi sempre lo effetto di una commozione morale, di uno sforzo violento o di un colpo portato sulla regione precordiale. In questi casi, la rottura à luogo comunemente sopra un tessuto perfettamente sano; altra volta per lo contrario essa succede sopra un punto ammolito, ulcerato o addivenuto più friabile in seguito della sua trasformazione cretacea. I pilastri ed i tendini della valvola mitrale sembrano rompersi più spesso di quelli della valvola tricuspidale.

Quando una colonna carnosa o uno de' tendini che muovono le valvole si rompono, gli ammalati sono subito presi da soffogazione, da uno stato di estrema ansietà; i battiti del cuore sono tumultuosi ed irregolari, e sotto l'ascoltazione si sente un rumore di soffio semplice o musicale, come in un caso osservato dal Signor Tarral. Se la rottura interessa molte colonne o tendini, la valvola cessando di compiere le sue funzioni, si osservano i disordini funzionali molto più gravi e tutti i segni delle insufficienze; in questi casi, la malattia siegue un corso rapidissimo, e gli ammalati muoiono in poche settimane o mesi come muoiono tutti coloro che soffrono una malattia organica del cuore.

**DELLA CIANOSI O DELLA COMUNICAZIONE CONGENITA
O ACCIDENTALE, SIA TRA LE CAVITÀ DESTRE O
SINISTRE DEL CUORE, SIA TRA I TRONCHI VA-
SCOLARI CHE NE EMANANO.**

Preso nella sua più larga accettazione, la parola *cianosi* serve ad indicare qualunque colorito azzurrognolo dovuto al coagulo del sangue venoso, qualunque sia d'altronde la causa organica che lo produce. Alcuni autori hanno pure applicato questa parola per indicare il colorito bleu che determina la introduzione del nitrato di argento nella economia; però noi crediamo, di accordo con i signori Louis e Gintrac, che la parola *cianosi* deve essere riservata per indicare il colorito bleu che più ordinariamente accompagna le comunicazioni congenite o accidentali stabilite o tra le cavità destre e sinistre del cuore, o tra i due grossi tronchi vascolari che ne emanano.

Storia. — Le prime nozioni alquanto precise su questa malattia incominciano da Senac. Corvisart al principiar di questo secolo precisò anche meglio di quello era stato detto sino a lui le principali condizioni anatomiche della malattia; andiamo però debitori a' nostri contemporanei della conoscenza più precisa delle lesioni anatomiche, de' sintomi che corrispondono durante la vita, come anche del corso e dell'esito della malattia. Citeremo qui la tesi sostenuta nel 1814 e l'eccellente trattato pubblicato dieci anni dopo dal Signor professor Gintrac, il lavoro importante del Signor Louis inserito negli *Archives* (1823) e nel volume delle sue memorie. In fine, il Signor Ferrus ha pubblicato, nel tomo IX del *Dictionnaire de médecine*, un eccellente articolo dal quale copieremo moltissime cose.

Caratteri anatomici. — Le condizioni patologiche che permettono il miscuglio di due sangui durante la vita sono numerosissime e possono essere riportate a' dodici seguenti capi: 1.° il foro di Botal, il quale si oblitera dal primo al quindicesimo giorno dopo la nascita, può rimanere aperto, il che dipende spessissimo da un semplice difetto di aderenza, più di rado dalla mancanza istessa della ripiegatura della valvola. Allora si trova sul cadavere di una larghezza di 3 a 4 centimetri di più. Il suo tragitto è diretto o obliquo. La persistenza del foro di Botal è la più comune delle lesioni che possono produrre la cianosi; 2.° la non chiusura del canale arterioso è un accidente più raro del precedente, ma più comune delle lesioni che vengono appresso; 3.° il cuore, a guisa di quello de' pesci può

essere costituito da una orecchietta soltanto ed un ventricolo, da dove nasce un tronco che tosto si divide in due rami per costituire l'arteria polmonale e l'aorta. Il Signor dottor Thore figlio à pubblicato, su questo vizio di conformazione, delle interessanti ricerche (*Archives*, 1842): 4.° o pure, simile a quello de' rettili, il cuore si compone di due orecchiette ed un sol ventricolo; 5.° la chiusura de' ventricoli può mancare in parte o in tutto; 6.° l'orecchietta destra può aprirsi nel ventricolo sinistro; 7.° o pure le due orecchiette si aprono nel ventricolo destro, ed il sangue arriva nel ventricolo sinistro ove à origine l'aorta; per un perforamento della chiusura ventricolare; 8.° l'aorta nasce contemporaneamente da' due ventricoli; 9.° altre volte è l'arteria polmonale che offre questa doppia origine; 10.° o pure l'aorta nasce dal ventricolo destro, mentre l'arteria polmonale nasce dal ventricolo sinistro; 11.° l'aorta e l'arteria polmonale possono aver origine dallo stesso ventricolo; 12.° possi anche vedere una doppia arteria polmonale, l'una che si porta al polmone, l'altra che si perde nell'aorta.

Queste lesioni, delle quali potrei moltiplicare le specie, sono tutte congenite; avvengono alcune però le quali si sviluppano accidentalmente dietro un lavoro morboso. Quindi è che vedesi la chiusura ventricolare o delle orecchiette, specialmente al livello della fossetta ovale, lacerarsi o forarsi nel progresso di un lavoro ulcerativo. Queste comunicazioni consecutive però sono molto più rare delle precedenti.

Ne' casi di comunicazione anormale tra le due cavità sinistre e destre, si trova che queste sono ordinariamente dilatate e le loro pareti ipertrofiate. Però queste lesioni consecutive sono meno costanti qui di quello lo sono ne' restringimenti semplici senza comunicazione delle cavità; è questo un punto che il Signor Burguières à perfettamente stabilito nella sua Tese (1841). I signori Louis e Gintrac hanno pure dimostrato, che nella metà de' casi circa di comunicazione insolita tra le cavità del cuore (11 volte su 20, Louis; o 17 volte su 33, Gintrac), la valvole del cuore destro sono alterate, deformi e gli orifici ristretti. Gli stessi osservatori hanno pur dimostrato che in tutti questi casi (un solo accettato) la lesione occupava le valvole dell'arteria polmonale. Analoghe lesioni sono rare nelle cavità sinistre; cioè che, nelle comunicazioni insolite tra il cuore destro ed il sinistro, si trova il contrario di quel che osservasi nello stato ordinario. Abbiamo infatti veduto precedentemente, quanto erano rare quelle del lato destro.

Crediamo col Signor Louis, che questi restringimenti dell'orificio polmonale costituiscono il più delle volte una lesione congenita, ed è ragionevol cosa di riportare a quest'ostacolo

la persistenza del foro di Botal quando queste due lesioni coesistono nello stesso individuo. Diciamo però che la lesione degli orifici non à per effetto costante, necessario, di produrre una comunicazione tra le cavità del cuore. Negl' individui che muoiono colle lesioni di cui è parola, si trova pure il sistema venoso zeppo di sangue; le due sostanze cerebrali sono poco distinte, i muscoli molto gracili e flosci, le ossa assottigliate; in fine tutto il corpo sembra aver subito un arresto di sviluppo.

Sintomi. -- Nella maggior parte de' casi di comunicazione tra la cavità destra e sinistra del cuore, gli ammalati presentano un colorito azzurrognolo, violaceo, nerastro, livido o porporio della pelle. Più esteso e più intenso che in qualunque altra malattia organica del cuore, non occupa quasi mai tutta la superficie del corpo nello stesso tempo, ma si trova più distinto specialmente alle labbra, alle palpebre, alle narici, sulle guance, il naso e le orecchia, alle parti genitali, al polpastrello del dito grosso del piede o delle dita, i cui estremi sono nodosi. Questo colorito si fa più carico sotto i conati di tosse, durante il cammino, gli sforzi, le emozioni morali, o sotto l'impressione del freddo o del caldo. Diminuisce, e può anche sparire (cosa rarissima però) dopo un riposo prolungato. Quasi tutti gli ammalati hanno la respirazione breve, difficile; sono oppressi al menomo esercizio; provano di tempo in tempo accessi di dispnea; questi possono anche produrre la soffogazione; si accompagnano ordinariamente o sono seguiti da lipotimia o da sincope, ed aumentano ed estendono ad una maggiore superficie il colorito azzurrognolo; qualche volta hanno luogo le emorragie da diverse mucose. Questi accessi, la cui durata può essere di molte ore, in generale si ripetono a brevissimi intervalli; ritornano qualche volta periodicamente e sono provocati dalle più leggiere cause. La esplorazione della region precordiale presenta negli ammalati un suono matto più esteso, il quale è in rapporto col grado d'ipertrofia e di dilatazione del cuore. Sotto la mano si sente qualche volta il fremito rauco, sotto l'ascoltazione si scorge spesso un rumor di soffio forte o debole, ora al primo, ora al secondo tempo; altre volte si sente soltanto un rumore sordo, e torna difficilissima cosa analizzare i movimenti del cuore. La maggior parte degli ammalati accusano palpetazioni; il polso sempre frequente, è ordinariamente piccolo, ineguale, intermittente; l'appetito in generale si mantiene, e le digestioni, benchè quasi sempre facili, aumentano qualche volta la dispnea e provocano gli accessi di oppressione. Molti ammalati si lagnano di cefalalgia; il loro sistema muscolare in generale è poco energico; sono sensibilissimi al freddo, ed il loro corpo à spesso una temperatura al di sotto della media; il loro sonno è leggero e spesso interrotto, essi rimangono colla testa alta.

Corso, durata, esito. — La cianosi e la maggior parte degli altri accidenti si manifestano il più delle volte pochi giorni dopo la nascita. Però non è cosa rara osservarli per la prima volta dopo molti mesi ed anche molti anni. Gli accidenti possono allora manifestarsi progressivamente; altre volte sopravvengono di botto in seguito di un patema morale, di uno spavento, di un dolor vivo, di una caduta o di qualunque altra causa perturbatrice della circolazione. La malattia una volta caratterizzata da' disturbi funzionali, questi si aggravano viemmaggiamente, e dopo alcuni mesi o alcuni anni di vita penosa e languida, gli ammalati periscono gli uni negli accessi di soffocazione, gli altri lentamente, o muoiono di botto in una sincope; alcuni s'infiltrano e periscono come nelle altre malattie organiche di cuore. Non esiste sin ora alcun caso di autentica guarigione; però qualche volta sono stati osservati gli accidenti formarsi, rimaner per lungo tempo stazionari e per metterla agli ammalati di continuare per lungo tempo la loro carriera. Quindi è che molti tra loro han vissuto sino a ventinove anni, quaranta ed anche quarantasette, e sino ad una vecchiezza avanzata.

Diciamo però che la persistenza del foro di Botal non à per effetto costante, necessario, di produrre i diversi disturbi sin ora enumerati. In fatti, qualche volta questo vizio di conformazione può continuare per tutta la vita senza produrre alcun serio accidente. Quindi il Signor Natalis Guillot mi à detto aver osservato a Biùtre il foro di Botal aperto sopra il cadavere di otto o dieci vecchi, che non avevano mai presentato durante la vita, malgrado questa disposizione anormale, alcun disturbo per parte degli organi della circolazione: il Signor Requin à citato nel 1842 un fatto simile alla società di medicina. È probabile cosa che in questi casi lo equilibrio esistendo tra i due ventricoli, le colonne saugigne, spinte da una forza eguale, scappan via da' loro orifici naturali, e non traversano affatto il foro di Botal per mischiarsi ed imprimere poscia un disturbo profondo nelle funzioni del cuore.

Diagnosi. — Torna impossibile confondere colla cianosi i coloriti violacei o azzurrognoli della pelle prodotti dall'uso interno del nitrato di argento; o pare i coloriti nerastri limitati generalmente ad un piccolo spazio, e dipendenti da un deposito di materia colorante nel corpo reticolare; perchè in tutti questi casi, è facile assicurarsi che il colorito non dipende dal ristagno del sangue ne' capillari, e non si osserva, alcuno degli accidenti che abbiamo precedentemente enumerati. dal lato degli organi della respirazione e della circolazione. I restringimenti degli orifici del cuore e la insufficienza delle valvole sono quasi le sole malattie che si potrebbero confondere colla co-

municazione insolita tra le cavità destra, e sinistra, poichè in moltissimi casi in cui queste lesioni esistono, oltre a' disturbi comuni a tutte le malattie del cuore, si trova una tinta violacea simile a quella che vedesi nella cianosi propriamente detta. Bisognerà allora, onde stabilire la diagnosi, risalire agli antecedenti degli ammalati. Se si conosce che gravi disturbi del cuore sono stati osservati sin da' primordi della vita extrauterina, bisognerà diagnosticare quasi con certezza che il foro di Botal non è chiuso, perchè un restringimento *semplice* e degli orifici è una cosa quasi sconosciuta a questa età. In fine la considerazione degli stessi sintomi offre, se non una certezza assoluta almeno una grande presunzione. In fatti gli accessi di soffocazione, spesso periodici e frequenti, hanno luogo qui sotto la menoma causa, sono accompagnati o seguiti da lipolimie, e sostituiscono per ciò, siccome lo indica il Signor Louis, un carattere distintivo, che non osservasi affatto, almeno allo stesso grado, nelle altre malattie organiche del cuore. Questi accessi di soffocazione dovrebbero far supporre una comunicazione anormale tra le due cavità del cuore, quantunque mancasse il colorito cianico, se gli accidenti saranno osservati in individui molto giovani, o se si osservano ad un periodo più avanzato della vita, e si sapesse che dopo la nascita qualche disturbo grave degli organi circolatori abbia esistito.

Pronostico. — La cianosi, tal quale l'abbiamo descritta, è malattia incurabile. La persistenza del foro di Botal e del canale arterioso è, tra le lesioni che abbiamo numerate, quella la quale sembra permettere la vita più lunga. Per lo contrario, l'anomalia nella quale il cuore è soltanto costituito da un'orecchietta e da un ventricolo permette raramente a' fanciulli di vivere al di là di alcuni mesi; la maggior parte perisce anche nella prima settimana del loro nascimento, siccome è stato stabilito dal Signor Thore medico distinto a Sceaux. Però la vita può prolungarsi molto al di là, come risulta da un fatto sin ora unico che il Signor Vallette à pubblicato nella *Gazette médicale* (1845), e che si rapporta ad una ragazzetta la quale colpita dal vizio di conformazione di cui trattasi, visse sino alla età di sei anni. Lanzoni à citato un fatto molto più straordinario, poichè lo individuo avrebbe continuato a vivere sino a trentun'anno. Però alcuni dubbi sono stati suscitati intorno a questa osservazione.

Etiologia. — La maggior parte de' vizi di conformazione i quali producono la cianosi si spiegano per gli arresti di sviluppo o per un perversimento nel modo di formarsi gli organi, di cui ignoriamo perfettamente le cause. La persistenza del foro di Botal si liga nella metà de' casi al restringimento dell'orificio

polmonale e può facilmente spiegarsi per questo. In fatti il sangue non potendo scappar via che in minor quantità dall' orificio ristretto dell' arteria polmonale, trova un *diverticulum* nella comunicazione insolita che esiste tra le cavità destre e sinistre. Nessuna delle altre cause predisponenti o determinanti indicate dagli autori è ancora dimostrata.

Cura. — La cura è puramente palliativa. Consiste a diminuire le congestioni venose e facilitare la circolazione praticando di tempo in tempo un salasso; lo ammalato starà in riposo; eviterà tutto ciò che potrebbe turbar l'azione del cuore; si attiveranno le segrezioni, quelle de' reni e degl' intestini in specialità; si sceglieranno gli alimenti di facile digestione. Agli accessi di oppressione che accompagnano sì spesso la cianosi, si oppongono i rivellehti cutanei, gli antispasmodici, e ne' casi estremi il salasso, però praticato con molta riserbatezza.

Fisiologia patologica. — Due opinioni sono state date sulla causa del colorito *bleu* che forma uno de' fenomeni predominanti della malattia. Corvisart ed il Signor Gintrac lo attribuiscono alla unione de' due sangui; i signori Ferrus e Louis lo spiegano piuttosto per l'ostacolo considerabile della circolazione. Questa ultima opinione ci sembra essere la sola ammissibile. Per ricusare la prima, ci basterà dire essersi osservata la cianosi mancare ne' casi in cui l'aorta nasceva dal ventricolo destro, o pure quando il cuore era costituito solamente da un'orecchietta o da un sol ventricolo. In fine, siccome lo à osservato giudiziosamente il Signor professor Fouquier, il feto non è cianotico, quantunque i due sangui siano mischiati in esso. Il colorito ciancio si spiega per l'ostacolo della circolazione dipendente dal vizio primordiale di conformazione del cuore e delle lesioni che più spesso l'accompagnano, come il restringimento degli orifici, la dilatazione delle cavità e la ipertrofia delle pareti, lesioni che forzano il sangue a stagnare ne' capillari della pelle. Per i disturbi della circolazione piuttosto, anzichè pel miscuglio de' due sangui, bisogna spiegare la dispnea; gli accessi di suffocazione, e accidenti che si osservano nella maggior parte delle affezioni organiche del cuore, e solamente più distinti ne' casi che abbiamo descritti.

DELLE ROTTURE E PERFORAMENTI DELL' AORTA

Quasi sempre le rotture dell' aorta hanno luogo sopra un punto del vaso affetto da dilatazione aneurismatica. In alcuni casi rarissimi però, la rottura può aver luogo sulle pareti non dilatate, ma più comunemente affette da degenerazioni ateromatosa o cretacea, il che rende il tessuto del vaso friabile. Altre volte la soluzione di continuo è prodotta da progressi di una violenza esterna, come la caduta da un luogo alto, un colpo violento portato sul dorso, possono occasionare una rottura dell' aorta, anche nel caso in cui le pareti del vaso sono pieghevoli; però quasi sempre questo effetto si osserva soltanto quando le tuniche arteriose sono la sede di qualche alterazione cronica. Checchè ne sia, queste rotture occupano quasi sempre la porzione dell' aorta compresa nel pericardio; esse possono consistere in un foro soltanto, o avere più di 10 centimetri di estensione.

Nella rottura dell' aorta, la morte è quasi sempre istantanea, o almeno rapidissima.

Ciò che abbiain detto dell' aorta si applica egualmente a tutte le altre arterie le quali si rompono o si forano senza essere affette da aneurismi.

DEL PERFORAMENTO DE' POLMONI E DELLE PLEURI O DEL PNEUMO-TORACE-SINTOMATICO

Il perforamento de' polmoni à per effetto di determinare un versamento più o meno considerabile di gas nella cavità delle pleuri. Questa lesione è la causa più ordinaria, o per meglio dire, la causa quasi costante del pneumotorace.

Storia. — Questa malattia era quasi sconosciuta prima degli immortali lavori di Laënnec. Alcuni anatomici e chirurghi, come Riolan, Littre e Pouteau, avevano bene osservato molte volte la presenza de' gas senza odore o fetidi nella pleura; I-tard, nella sua tese inaugurale sostenuta nel 1803, avea ben pubblicato alcune considerazioni importanti su questo soggetto ancora oscuro; ma Laënnec fu quello il quale il primo diede la storia della malattia, che imparò a conoscere durante la vita. I suoi successori non hanno quasi niente aggiunto a ciò che lo stesso avea detto, però il Signor Chomel nella sua *Pato-*

logia générale e nel *Dictionnaire de médecine*, il Signor Stokes nel suo *Traité des Maladies de la poitrine*, il Signor Andral nella sua *Clinique*, pubblicando il frutto delle loro ricerche, e confermando i lavori di Laënnec, hanno anche meritato della scienza. Diremo altrattanto de' signori Beau e de Castelnau, i quali, negli *Archives* del 1837, 1840 e 1841, si sono dedicati a studi continui per spiegare uno de' fenomeni più curiosi dell'ascoltazione (il tintinnio metallico) che osservasi nella malattia di cui faremo parola. In fine, il Signor Saussier, analizzando nella sua tesi (1841) la maggior parte de' fatti di pneumotorace pubblicati sin ora, ha renduto un vero servizio dando più precisione alla storia della malattia.

Etiologia. — Abbiain provato alla fine del primo volume, esistere un pneumotorace essenziale. Nella quasi totalità de' casi però la presenza de' gas nelle pleuri è consecutiva ad una soluzione di continuo di queste membrane, il che fa sì che la loro cavità comunica più o meno direttamente co' bronchi, coll'esofago, o cogli organi cavi della parte superiore del ventre, o pure coll'aria esterna a traverso le pareti toraciche.

1.ª Lesioni de' polmoni e della pleura polmonale. — Nella maggior parte de' casi, cioè ne' due terzi e più degli ammalati, il pneumotorace è prodotto da un perforamento polmonale, il che permette all'aria esterna che arriva a ciascuna inspirazione ne' bronchi di penetrare nello stesso tempo nella pleura in maggiore o minor quantità. Questo perforamento esso stesso è lo effetto di diverse cause. Ne' nove decimi de' casi si produce negli etici, e risulta allora dalla rottura di una caverna e più ancora dal perchè un tubercolo più o meno voluminoso, e superficialmente situato, si è ammolito, o consumato, ulcerato la pleura, e finalmente si è stravasato nella cavità di questa sierosa. Le altre malattie del polmone che possono anche produrre un perforamento dell'organo, e per conseguenza un pneumotorace sono, nel loro ordine di frequenza, la cangrena, la rottura delle vescichette enfisemate, le idatidi, l'apoplessia; le rotture o lacerazione del polmone per una violenza esterna, infine gli ascessi. In tutti questi casi, il modo di produzione del pneumotorace è lo stesso: però, nella cangrena il versamento di gas può essere prodotto contemporaneamente o pure isolatamente pel perforamento del polmone o la decomposizione putrida de' tessuti.

Il pneumotorace è stato anche frequentemente osservato nel corso di certe pleurisie croniche, semplici, senza tubercoli. La malattia si produce allora quasi sempre quando il liquido stravasato si fa strada ne' bronchi, cioè che esiste anche qui un perforamento del polmone, il quale è differente da quelli de' quali abbiain fatto parola, solamente in quanto che si è forse prodotto da fuori in dentro.

2.° *Lesioni degli organi vicini.* — Il pneumotorace può risultare da una comunicazione anormale che si stabilisce tra la pleura ed uno degli organi cavi circostanti, contenenti aria o diversi fluidi elastici; quindi è che i signori Rilliet e Barthez han veduto un pneumotorace succedere ad un ascesso tubercoloso di di un ganglio bronchiale il quale si era aperto contemporaneamente in un bronco e nella pleura. Boerhaave à veduto la stessa malattia in seguito di una rottura dello esofago; i signori Cruveilhier e Beau anno citato ciascuno un caso di pneumotorace consecutivo ad un' ulcera carcinomatosa dello stomaco che aveva forato il diaframma e la pleura. Si son veduto in fine le cisti idatiche o gli ascessi del fegato, aprendosi successivamente nella pleura e nel polmone, dar luogo ad un pneumotorace di cui è facile colpire il modo di sviluppo.

Lesioni delle pareti toraciche. — Gli antori anno riportato un gran numero di pneumotoraci prodotti da una piaga penetrante di petto con lesione o senza del polmone. Nel primo caso; l'aria proviene spesso da' bronchi; nel secondo, per lo contrario, arriva nella pleura per la piaga esterna.

Il pneumotorace si mostra egualmente ne' differenti periodi della vita umana; raro prima de' dieci anni e dopo i cinquanta, offre il suo maximum di frequenza tra venti e trent'anni, il che è in rapporto colla frequenza della eticia polmonale a questo periodo della vita. Il Signor Saussier à trovato infatti, che la malattia era quattro volte più frequente nell'uomo che nella donna (: : 124 : 28). La causa occasionale del perforamento è, di rado apparente. In alcuni casi rari essa si è manifestata in seguito di una tosse violenta, di una forte inspirazione o di una compressione del torace; nella maggior parte de' casi però, à luogo soltanto dietro i progressi di un lavoro ulcerativo.

Caratteri anatomici. — Da' dettagli sin ora studiati chiaro risulta quanto siano gravi, numerose e variate le lesioni che trovansi nello sparo di coloro che muoiono con un pneumotorace, oltre a che saranno con più precisione descritte quando parleremo di ciascuna di esse in particolare. Mi limiterò qui a dire ciò ch'è speciale al pneumotorace.

Questo à sede inegualmente ne' due lati del petto; così quando il pneumotorace è simpatico della eticia, e due volte più comune a sinistra che a destra :: 50 : 25 (Saussier), mentre quando è consecutivo ad un versamento pleuritico, à sede quasi sempre a destra, 17 volte su 18. Il pneumotorace doppio è eccessivamente raro; forse si è osservato appena due volte.

Il pneumotorace essendo quasi sempre sintomatico di un perforamento polmonale, è facile conoscere questo esaminando

attentamente la superficie del polmone; se poi in ragion dello aggrinzamento che l'organo a subito, e delle false membrane che lo ricoprono, non possi scovire l'orificio del tragitto fistoloso, bisognerà insuflare il polmone sotto l'acqua, e subito dopo l'uscita di qualche bollicina di aria farà conoscere il punto del perforamento. In fatti questo può essersi chiuso; l'aria sparsa nella pleura, non essendo più rinnovata, può in fine essere assorbita più o meno completamente, in guisa che non si trova traccia dopo la morte. Molti fatti di questo genere sono stati da me molte volte osservati.

Spessissimo non esiste che un perforamento; alcune volte molti. Il loro orificio ora consiste in un semplice foro appena percettibile, altre volte presenta molti centimetri di larghezza. Esso comunica ora quasi immediatamente con una caverna o con un cavo qualunque del polmone, o pure dopo un tragitto di 1 o 3 centimetri di lunghezza, tragitto che si è veduto qualche volta di 10 a 12, si trova la cavità alla quale si unisce. La sede del perforamento varia secondo la causa organica che lo produce. Se dipende da un'ammollimento de' tubercoli, esiste quasi sempre alla sommità; quindi su 47 casi analizzati dal Signor Saussier, si trova che il perforamento à occupato la sommità 28 volte, la base 12 volte, la parte media 7 volte. Questa predilezione pel lobo superiore spiegasi pel corso istesso della eticia, i cui disordini cominciano comunemente dalla sommità, e vi sono quasi sempre più gravi.

La quantità di gas sparso nella pleura varia di molto. John Davy ne à raccolto in un caso 220 pollici cubici; per lo contrario, alcune volte ve ne à soltanto alcune bollicine; le quantità medie sono $1\frac{1}{2}$ litro o 1 litro. Quando si apre il petto, il gas scappa via facendo sentire un rumor di soffio o un sibilo; è privo di odore ne' sette ottavi de' casi circa (128 volte su 147 Saussier); in un ottavo è fetido, esala un odore d'idrogeno solforato, di macerazione anatomica o di cangrena. Se, il torace essendo aperto sotto l'acqua mediante un tre quarti, si raccoglie il gas per analizzarlo, si trova, secondo Davy (e mi è stato dato verificare ciò due volte, una volta col Signor Martin-Solon), che è formato quasi esclusivamente dall'azoto e dall'acido carbonico. Si è pur verificato in simil caso la esistenza di una certa quantità d'idrogeno solforato e di una materia animale; in fine qualche volta si son trovati nella pleura tutti gli elementi dell'aria, però l'ossigeno in piccola porzione, mentre che il volume di acido carbonico era di molto aumentato.

Nel pneumotorace, la pleura contiene ordinariamente, oltre i gas, una quantità variabile di un liquido raramente sieroso, il più delle volte fioccoso o purulento; da ciò il nome d'idropneumotorace che dassi allora alla malattia. Sottoposto a queste

due cause di compressione, il polmone è più o meno contratto su di se stesso ed atrofiato; il suo volume è in rapporto coll'abbondanza del doppio versamento di gas e di liquido. Quando questo è stato considerabile, si osserva in oltre una dilatazione del petto, il diaframma respinto, come pure lo spostamento del cuore e de' mediastini, tal quale lo abbiám veduto ne' versamenti pleuritici abbondanti.

Sintomi, corso. — Ne' due terzi degli ammalati circa, il pneumotorace si manifesta bruscamente con accidenti più o meno gravi; in altri, per lo contrario, la malattia si sviluppa in modo lento ed oscuro. Nel primo caso, la invasione della malattia è quasi sempre caratterizzata da un dolore violento e subitaneo nel lato del petto, come pure da una dispnea, ansietà ed un senso di oppressione qualche volta estremo. Quest' ultimo sintomo è quasi costante; non così però del dolore il quale manca qualche volta. Quest' assenza del dolore si osserva specialmente ne' casi in cui l'aria si spande soltanto nella pleura; non accade del pari quando un liquido più o meno irritante, come il pus, la materia tubercolosa, le idatidi, o i fluidi contenuti nello stomaco, penetrano nello stesso tempo di esso nella cavità sierosa. Il dolore ci sembra allora quasi costante, ed è l'indice di una pleurisia perperacuta, che produce tosto un versamento sero-purulento più o meno abbondante. Però il modo di sviluppo non è lo stesso quando il pneumotorace, manifestandosi nel corso di una pleurisia cronica, è consecutivo alla evacuazione del liquido stravasato a traverso il polmone. In questo caso in fatti si dichiara una improvvisa dispnea, una oppressione qualche volta estrema, con minaccia di soffogazione e di asfissia. Ma qui gli accidenti sono prodotti dal liquido che ottura i bronchi e che tosto è espulso a guisa di onde dalla bocca e spesso dalle fosse nasali. Dietro questi accidenti l'aria introducendosi nella pleura per la fistola polmonale, prende il posto che occupava prima il versamento liquido; allora il dolore manca costantemente.

Oltre a che qualunque possa essere il modo d' invasione, la osservazione del petto fornisce tosto de' segni importantissimi. Quindi allorchè l'aria è diffusa in moltissima quantità nella pleura, il lato del petto è quasi immobile nella inspirazione; è dilatato; gli spazi intercostali sono più larghi e gonfi; il cuore può essere spostato, come purè il fegato o la milza, secondo che la malattia à sede a destra o a sinistra. Il versamento di aria nella pleura altera il suono; questo trovasi in rapporto col volume di aria diffusa. Se quest' aria è molta, la percussione offre un suono di timpano. Questo suono potrà esistere in tutta l'altezza del torace; però ciò à luogo al principiar della malattia soltanto; perchè quando la pleurisia è consecutiva à pro-

colto il versamento del liquido, questo, diversamente da' gas, accumulandosi ne' punti più declivi, ne risulta che percotendo il torace, si trova un suono matto più o meno esteso alla base del torace, mentre che al di sopra del livello del versamento liquido esiste un suono più o meno timpanico. L'ascoltazione oltre de' risultati non meno importanti: quindi Laënnec ha provato che il primo effetto di un versamento di aria nella pleura era quello d'indebolire il mormorio naturale della respirazione o abolirlo pur anche quando la compressione esercitata sul polmone è molta. Altri fenomeni meno costanti de' precedenti sono anche forniti dall'ascoltazione: son dessi il *tintinnio metallico*, il *ronzio anforico*, e la *fluttuazione ipocratica*.

Laënnec ha indicato sotto il nome di *tintinnio metallico* un fenomeno singolare che consiste in un rumore perfettamente simile a quello che dà una coppa di metallo, di vetro o di porcellana quando si batte leggermente con una spilla o nella quale si lascia cadere un granello di sabbia. Questo fenomeno può essere osservato durante i movimenti respiratori, ed anche meglio quando gli ammalati parlano o tossiscono: in fine in alcuni casi rari, il tintinnio metallico si produce quando l'ammalato coricato sul dorso si alza bruscamente per sedersi. La presenza di un versamento nella pleura liquido e gassoso ad un tempo, e la sua comunicazione coll'aria esterna, sembrano essere le tre condizioni indispensabili per la manifestazione del fenomeno; però il meccanismo secondo il quale è prodotto non è ancora perfettamente stabilito. Il tintinnio metallico è desso lo effetto del rimbombo dell'aria agitata alla superficie del versamento, e della caduta di una goccia di liquido che cade dallo estremo della cavità sopra una raccolta sierosa o purulenta ammassata nella parte declive (Laënnec), o del tintinnio che à luogo tra le molecole del liquido agitato, contenuto in un vaso a pareti sonore e ripieno in gran parte di aria? O pure diremo co' signori Dance e Beau essere una bolla di aria la quale crepandosi alla superficie del liquido dopo averlo attraversato, produce un suono metallico? spiegazione inamissibile per i casi frequenti in cui la fistola situata alla sommità è collocata al di sopra del livello del versamento. Il Signor Guérard à pure proposto un'altra teoria. Secondo lui, l'orificio fistoloso essendo ostrutto da lembi membranacei e da un liquido vischioso, la aria esterna deve rompere nel tempo della ispirazione questa specie di turacciolo; spesso la rottura à luogo durante la espirazione, ma in senso inverso; da ciò risulta un urto, un suono unico il quale, rimbombando in una vasta cavità produrrebbe il suono metallico del tintinnio. In fine ultimamente il Signor Castelnau à cercato di provare che il tintinnio metallico poteva essere considerato come un *rantolo anforico*, cioè che il fenome-

no di cui parliamo, altro non sarebbe, secondo questo medico, menò che un rantolo mucoso o sottocrepitante, che rimbomba in una spaziosa cavità in favore di una comunicazione stabilita tra essa ed i bronchi. Sarebbe difficile adottare l'una di queste spiegazioni in modo esclusivo, poichè nessuna di esse può spiegare tutti i casi particolari; ciò ci fa supporre co' signori Barth e Roger che la causa del tintinnio metallico è probabilmente multiplice. Checchè ne sia, questo fenomeno si porta in generale in una grande estensione, ed è tanto più distinto in quanto le quantità di liquido o di gas contenute nel petto sono in proporzioni più eguali.

Il tintinnio metallico coincide o alterna quasi sempre 'col fenomeno conosciuto sotto i nomi di *respirazione anforica*, di *soffio anforico* o *metallico*, e che consiste in un rumore rimbombante simile a quello che si produce quando si soffia in una caraffa o in una bottiglia vuota. Lo si distingue ne' due tempi della respirazione, esso è continuo o intermittente; è più o meno esteso; à sede comunemente nel terzo medio, e deriva dalle vibrazioni che subisce la colonna di aria che s'introduce nella pleura a traverso la fistola de' polmoni. In fine la *fluttuazione toracica* o *ippocratica* è l'ultimo segno fornito dall'ascoltazione. In fatti, se in un ammalato colpito da idropneumotorace con fistola polmonale, s'imprime una scossa brusca al petto mentre che l'orecchio è applicato su di esso, si sente un rumore di gorgogliamento simile a quello che si produce quando si agita una caraffa ripiena sino al terzo di acqua. Questo fenomeno, che può essere più o meno intenso, qualche volta è intenso in distanza; gli ammalati stessi spesso lo conoscono, e lo producono a volontà quando si voltano nel loro letto o scendono una scala. La conoscenza di questo fenomeno è antichissima poichè risale sino ad Ippocrate; ma il padre della medicina non aveva ben fissato il suo valore semiotico.

I fenomeni sì distinti forniti dalla osservazion toracica, che abbiamo fatto conoscere, sono di rado uniti nello stesso individuo; alcuni possono essere osservati in un modo affatto passeggero o mancare completamente; tali sono dapprima la fluttuazione ippocratica, poi il tintinnio metallico, ed in ultimo luogo la respirazione anforica, mentre lo esaltamento del suono, con debolezza o mancanza del mormorio vescicolare, si osserva a diversi gradi ed in una variabile estensione in tutti gli ammalati nessuno eccettuato, e qualunque sia la lesione organica che à prodotto il pneumotorace. Per lo contrario il soffio anforico manca affatto quando non esiste la fistola polmonale; non sembra del pari del tintinnio metallico e della fluttuazione toracica, che sembrano essere prodotti anche quando la pleura non è in comunicazione nè colla cavità de' bronchi nè con quella dello stomaco.

Gli ammalati colpiti da pneumotorace tossiscono più o meno, ed espellono variabili sputi. Questo sintomo dipende altra volta meno dal versamento gassoso che dalla persistente malattia, come i tubercoli o la pleurisia. Nel primo caso si è preteso che la compressione de' polmoni per l'aria stravasata doveva produrre l'abbassamento delle caverne, e per conseguenza una diminuzione nella segrezione degli sputi; però in favore di questa opinione non possono essere citati che pochissimi fatti. Per lo contrario, ne' casi di versamenti pleuritici primitivi, ed anche in quelli consecutivi al perforamento polmonale, si veggono spesso gli ammalati sputare, dopo sforzi di tosse e di vomito, una grande quantità di liquido puriforme, di un odore insipido o di aglio. Questa evacuazione può rinnovarsi più o meno frequentemente, e quando gli ammalati anno in tal guisa espulso una parte del liquido contenuto nella pleura, alcuni de' fenomeni fisici dapprima indicati, e particolarmente la respirazione anforica, addiventano più manifesti. Torna inutile dire che le materie espettorate ed il fiato degli ammalati mandano un puzzone cangrenoso, quando il pneumotorace è sintomatico di una mortificazione de' polmoni.

I sintomi generali sono in rapporto colle lesioni gravi che esistono per parte delle vie aeree; quindi il polso è abitualmente frequente e piccolo; avvi febbre etica; il dimagrimento progredisce, gli ammalati, colla testa elevata, rimangono abitualmente coricati sul lato affetto; tosto lo edema, invadendo le pareti del petto, si propaga a tutta la periferia del corpo, e la morte à luogo lentamente o bruscamente con un accesso di soffocazione.

L'epoca alla quale à luogo la morte varia; quindi alcuni ammalati periscono dopo poche ore, mentre altri prolungano la loro esistenza due, quattro, sei diciotto mesi; ed anche tre anni e mezzo. Però la durata media della malattia, quando deve avere un esito funesto, non oltrepassa venticinque o trenta giorni. Lo stato delle parti non spiega sempre questa durata ineguale; pur tuttavia possiamo dire generalmente che il pneumotorace prodotto dalla cangrena o da' tubercoli dura meno di quello consecutivo ad una pleurisia cronica. Ciò non pertanto il pneumotorace la cui durata è stata di tre anni e mezzo, è stato osservato in un individuo tubercoloso (1).

Abbiam veduto molte volte scomparire i segni fisici del pneumotorace, quantunque lo stato degli ammalati continuasse a farsi grave. In questi casi, la percussione manifestava sempre un aumento nel versamento liquido, che sembrava rimpiazzare l'a-

(1) *Gny's Hospital report*, 8, c livraison, observation de M. Barlow.

ria a misura che questa era assorbita. Nell' autopsia di quest'individui ci era impossibile, siccome lo abbiamo detto, di trovare il perforamento polmonale. In fatti, questo essendosi chiuso, l'aria non essendo stata più rinnovata, quella che si era prima stravasata essendo stata più o meno assorbita, abbiám veduto durante la vita il soffio anforico ed il tintinnio metallico affatto scomparsi; lo eccesso del suono era pur diminuito a poco a poco, ed era stato finalmente sostituito da un suono matto completo: così abbiám già detto che nello sparo de' cadaveri non trovavamo alcuna bollicina di aria, mentre un versamento purulento occupava tutto il lato del petto.

Ne' casi in cui il pneumotorace à un esito felice, la guarigione è sempre lenta, e si effettua come quella della pleurisia cronica; come in questa à luogo un considerabile restringimento della porzione ch'è stata la sede dell' alterazione. Questa guarigione poi è affatto eccezionale, non è stata ancora osservata ne' casi ove il pneumotorace era consecutivo a' tubercoli o alla gangrena de' polmoni; la guarigione, per lo contrario, non è rara quando il pneumotorace succede ad una pleurisia cronica semplice o ad una lesione traumatica de' polmoni. Il Signor Sausier ne à riuniti quattordici casi nella sua tese (dodici casi di pleurisia, una piaga del petto, una rottura del polmone).

Diagnosi. — Siccome l' à, giustamente osservato il Signor Louis, un dolore istantaneo, manifestandosi in uno de' lati del petto, accompagnato da soffogazione, da ansietà, e da tutti i sintomi della pleurisia acuta, dovrà far sospettare che un perforamento polmonale si stabilisce. In mancanza del dolore, la soffogazione e l' ansietà, manifestandosi di botto, avranno la stessa importanza diagnostica. Questi sintomi ànno tanto maggior valore in quanto che si osservano in individui che soffrono da lungo tempo nel petto, o che sono già manifestamente etici. La esplorazione fa conoscere allora una dilatazion generale in tutto un lato del torace, una diminuzione nella forza del mormorio vescicolare, un esaltamento del suono, eccetto nelle parti declivi, dove esiste quasi sempre un suono matto completo. In fine si sente il soffio anforico, il tintinnio metallico e la fluttuazione ippocratica. Questi tre ultimi fenomeni non sono precisamente patognomonici del idropneumotorace con fistola polmonale, poichè sono stati osservati egualmente ne' casi in cui esistevano soltanto vasti incavi nel polmone. Però questi fatti sono talmente rari, talmente eccezionali, che la esistenza di un soffio anforico ben caratterizzato, di un tintinnio metallico manifesto, e più una fluttuazione toracica, deve dare la *quasi certezza* che esiste un pneumotorace consecutivo ad un perforamento del polmone. Oltre a che ne' casi rarissimi ove questi fenomeni sono pro-

dotti da una caverna, questa è quasi sempre tubercolosa; i rumori morbosi esistono dunque alla sommità, e sono circoscritti ad un piccolo spazio; sono meno distinti e spesso passeggeri soltanto, ed in generale coincidono con un gorgogliamento, con una voce ed una tosse cavernosa. Nel pneumotorace, per lo contrario, il soffio anforico ed il tintinnio metallico rimbombano in una grande estensione ed hanno generalmente il loro massimo d'intensità alla parte media o inferiore. L'aumento del suono coincidendo colla diminuzione del mormorio respiratorio e la dilatazione del torace, sono tre fenomeni comuni alla dilatazione delle vescichette polmonali ed al pneumotorace. Però nel primo, la dilatazione del petto, quasi sempre parziale, e circoscritta alla regione sottomammaria, mentre che nel pneumotorace essa è generale e manifesta specialmente alla base ed alla parte media. Nello enfisema, il suono, benchè alterato, lo è molto meno che nel pneumotorace, dove è affatto timpanitico. In fine la debolezza del rumore respiratorio, comune nelle due malattie, coesiste spesso nello enfisema con i rantoli sibilante e sottocrepitante.

Importa moltissimo, pel pronostico, di conoscere se il pneumotorace sia semplice, o se, come ciò è quasi sempre luogo, si complica a perforamento polmonale. Quest'ultima lesione sarà considerata siccome certa ogni qualvota si avvertirà una respirazione anforica. Quando per lo contrario questa manca, sorge dubbio se la pleura comunica co' bronchi, anche quando il tintinnio metallico ed il rumore di fluttuazione toracica esistessero, atteso che questi fenomeni possono forse prodursi nell'idropneumotorace.

La diagnosi del pneumotorace una volta stabilita, si tratta di determinare la causa organica che lo ha prodotto. Si otterrà ciò collo studio ed il paragone de' sintomi che lo hanno preceduto, e di quelli che lo accompagnano attualmente. Quindi i segni del pneumotorace se si manifestano in un individuo che è sofferto l'emottisi, che tossisce da lungo tempo, che si è dimagrito, o che trovasi sotto l'una o l'altra clavicola qualche segno di tubercolo, bisognerà diagnosticare un perforamento polmonale per causa tubercolosa. Se il fiato ed i sputi esalano un puzzo cangrenoso, si conoscerà che gli accidenti dipendono da una mortificazione del polmone. Se il pneumotorace si manifesta bruscamente in un individuo colpito da pneumonia, e quando la infiammazione sembra essere passata al terzo grado, si sospetterà la formazione di un ascesso che si è aperto nella pleura. Si crederà che un focolo apoplettico superficiale a lacerato la pleura quando il pneumotorace, manifestandosi bruscamente in mezzo ad uno stato di salute più o meno perfetto, è stato preceduto da una emottisi abbondantissima. Se la malattia si

manifesta in un individuo che non soffre altra malattia del petto meno che una dilatazione delle vescichette polmonali, sarà ragionevol cosa attribuire alla rottura di qualche vescichetta il versamento di aria, che si effettua nella pleura. Quando in un ammalato si osservano, dopo una evacuazione più o meno abbondante di pus o di siero focchioso per la bocca, i segni che indicavano un versamento pleuritico (suono matto mancanza del rumore respiratorio) essere rimpiazzati da un suono alterato, da una respirazione anforica, ec., si diagnosticherà che il versamento pleuritico si è fatto strada a traverso i polmoni, e che l'aria de' bronchi ha sostituito il liquido evacuato. Se il pneumotorace si manifesta in un individuo colpito da una lesione organica dello stomaco; se la respirazione e la tosse anforica mancano, se gli altri fenomeni, come il tintinnio metallico non si manifestano che dopo la introduzione delle bevande, si conoscerà da questi segni una comunicazione della pleura collo interno dello stomaco. Se questi fenomeni si osservano al momento in cui le bevande traversano ancora lo esofago, o se a ciascuna introduzione de' liquidi gli ammalati provano un raddoppiamento nel mal' essere e nella oppressione, si sospetterà fortemente un perforamento dello esofago. Esiste finalmente un tumore liquido del fegato (ascesso o cisti) che si è abbassato; i segni del pneumotorace si manifestano essi dopo questo abbassamento e dopo l'uscita per la bocca di una parte del liquido, si diagnosticheranno le seguenti lesioni: 1° tumore liquido del fegato aperto nella pleura e nel polmone; 2° fistola del polmone, che comunica colla pleura. Crediamo cosa impossibile diagnosticare il pneumotorace consecutivo ad un perforamento de' gangli de' bronchi.

Pronostico. — Il pronostico è sempre grave; perchè, siccome abbiain veduto, il pneumotorace à quasi sempre un esito funesto.

Cura. — Tutta la terapeutica del pneumotorace si riduce quasi sempre all'uso di alcuni mezzi palliativi. Due sintomi specialmente chiamano la sollecitudine del medico; sono essi il dolore e la dispnea. Il dolore è lo effetto della infiammazione della pleura, dunque si dovrà combattere colle emissioni sanguigne. La debolezza degli individui si oppone qualche volta al salasso generale, bisogna limitarsi all'applicazione delle sanguisughe in piccol numero ed alle coppe a vento; ne' casi in cui la debolezza è tale che si oppone alle perdite del sangue, anche la più piccola, bisogna coprire la parte addolorata con un largo vescicante, che potrà medicarsi ne' giorni seguenti coll'acetato di morfina. Le preparazioni di oppio, data internamente ed allo sviluppo della malattia sono vantaggiosissime, perchè calma-

no il dolore, diminuiscono il bisogno di respirare, ed impediscono la tosse, che è una delle cause che risvegliano al massimo grado il dolore del petto. Questi mezzi agiranno pure utilissimamente contro la dispnea: però quest'ultimo sintomo essendo in gran parte lo effetto della compressione che il gas sparso nella pleura esercita sul polmone, alcuni pratici hanno proposto di dargli esito mediante un'apertura artificiale. È vero che questa operazione sembra che abbia guarito molte volte i versamenti ad un tempo liquidi e gassosi delle pleuri; però questi fatti sono eccessivamente rari, ed appartengono forse tutti a' casi di pneumotorace sintomatico di una pleurisia cronica. Disgraziatamente i molteplici casi privi di successo hanno provato che oggi non poteva più mettersi in pratica l'operazione dell'empie-
ma, ne' casi d'idropneumotorace, che come mezzo palliativo. In fatti, quando in ragione dell'abbondanza di versamento, la oppressione è estrema e la sollogazione imminente, bisogna sollecitare l'uscita del liquido e de' gas accumulati nella pleura mediante la incisione, o anche meglio mediante la puntura di uno spazio intercostale. Si comprende però facilmente che se esiste una fistola polmonale, l'aria evacuata sarà tosto rinnovata, e che per conseguenza bisognerà praticare novelle punture, per rimediare a' novelli accessi di sollogazione.

ROTTURE E PERFORAMENTI DEL DIAFRAMMA

Le rotture del diaframma, che qualche volta si osservano in molti animali, e specialmente nel cavallo, sono per lo contrario rarissime nell'uomo. Questa lesione può essere determinata da una caduta da un luogo elevato, o da una eccessiva pressione esercitata sulle pareti del ventre, o pure da' violenti sforzi durante i quali il diaframma, convulsivamente contratto, si poggia su i visceri addominali. La lacerazione può occupare il centro frenico o le fibre muscolari; essa è ordinariamente irregolare; i bordi della soluzione di continuo sono siccome ammaccate ed impregnate di sangue. Quest'apertura permette a' visceri addominali, e specialmente al tubo gastro-intestinale, d'introdursi nel petto, che può esserne empito in tutto o in parte, mentre che i polmoni sono compressi verso la colonna vertebrale, o spinti in alto; il cuore è deviato; ciò spiega perchè la rottura del diaframma, quando è molto estesa, uccide quasi istantaneamente. Gl'individui provano qualche volta la sensazione di una lacerazione, si sollogano; la loro fisionomia si fa azzurrognola, si dice che la loro bocca presenta il riso sardo.

difficile pervenire alla diagnosi precisa; perchè, siccome l'osserva il Signor Vigla (*Archives* del 1844), la rottura della milza può simulare sino allo inganno un perforamento intestinale, o una rottura di un grosso vaso.

La vescichetta biliare può rompersi per eccesso di distendimento, quando un ostacolo situato nel canale coledoco si oppone alla segregazione della bile. Più spesso però si osserva un vero perforamento del serbatoio, perforamento che à per punto di partenza un'ulcerazione della membrana interna, sia un ammollimento infiammatorio o gelatiniforme, sia in fine una mortificazione delle pareti quasi sempre prodotta dalla pressione di un calcolo voluminoso. La rottura della vescichetta è indicata da un dolore atroce, ed accompagnata da tutti gli accidenti di una peritonite perperacuta: questa è sempre rapidamente mortale.

Agli accidenti sin ora descritti bisogna opporre la immobilità assoluta, l'oppio ad alta dose, come ne' perforamenti intestinali; si aggiungono i refrigeranti, gli astringenti, e gli altri emostatici, se esistono segni di emorragia; gli antillogistici, se il peritoneo è infiammato, purchè però lo stato del polso non rechi ostacolo.

ROTTURE E PERFORAMENTI DELLA VESCICA

La vescica si lacera più frequentemente dello esofago e dello stomaco. Queste rotture possono essere lo effetto di un eccessivo distendimento dell'organo per lo accumulo di una grande quantità di urina; il più delle volte però sono prodotte da una caduta, da un colpo violento sullo ipogastrio, dal passaggio di una ruota di vettura su questa parte, o pure dalla compressione che la testa del feto esercita nel atto del parto, ne' casi in cui quest'organo è in uno stato di pienezza più o meno completa. La sede della rottura varia secondo la causa determinante. Quando essa è lo effetto di una violenza esterna, à luogo comunemente verso il suo fondo; se l'organo si lacera per eccesso di distendimento, la soluzione di continuo si opera generalmente verso la inserzione degli ureteri o in vicinanza del collo. Nell'uno e nell'altro caso, l'urina s'infiltra nel tessuto cellulare del piccolo bacino, il quale s'infiamma e si mortifica; altra volta, il versamento avendo luogo nel peritoneo, si manifesta una peritonite perperacuta. La rottura della vescica è dunque un accidente quasi sempre prontamente mortale; succede lo stesso de' perforamenti che si formano lentamente co' progressi di una ulcerazione. Questi hanno sede per lo più nel basso fon-

do o sulla parete posteriore, e risultano quasi sempre da una pressione troppo prolungata esercitata da una sonda in permanenza. Il Signor Mercier à pur descritto, nella *Gazette médicale* del 1836, certi perforamenti spontanei della vescica che si formano in piccole saccocce o cul di sacco di 3 o 30 millimetri di profondità, e che sono situati su i lati ed alla parte inferiore della parte posteriore della vescica, al di sopra degli orifici degli ureteri. Si osservano in quelli che han sofferto la disuria e fatto violenti sforzi per urinare. Se la mucosa che forma sola questi strati si corrode e si ulcera, un versamento à luogo necessariamente.

Cura. — Tosto che si sospetta una lacerazione della vescica, bisogna, mediante il cateterismo spesso ripetuto, ed anche meglio collocando una sonda in permanenza, opporsi allo accumulo dell'urina. L'ammalato sarà collocato nel riposo assoluto; e se fosse possibile di riconoscere il punto ove à sede la lacerazione, gli si darebbe una posizione tale che la soluzione di continuo non si trovasse in un punto declive; in fine si combatteranno con analoghi mezzi gli accidenti infiammatori che àno luogo costantemente.

DE' PERFORAMENTI O ROTTURE DELL' UTERO

I perforamenti e rotture dell'utero non si manifestano che nello stato di gravidanza e quando l'organo à subito un anologo sviluppo per lo accumulo, nella sua cavità, di diversi prodotti naturali o morbosì. Quindi si è veduto l'utero disteso per causa della ritenzione ed accumulo, per molti anni, del flusso mestruo, rompersi spontaneamente, ed il sangue spandersi nel peritoneo e causare la morte nel breve spazio di uno o due giorni. Un caso più raro del precedente, e del quale ne esistono appenn uno o due esempi, è quello in cui una comunicazione insolita si stabilisce a poco a poco tra l'utero ed uno de' visceri vicini. Quindi è che un giornale tedesco à citato, pochi anni sono la storia di una donna di cinquantatre anni la quale avendo cessato di avere le sue regole, presentò uno sviluppo considerabile del ventre, e morì dopo ripetuti vomiti di una materia nerastra analoga alla posa del caffè. Nello sparo cadaverico, si trovò l'utero di un enorme volume, aderente allo stomaco e comunicante con esso mediante un perforamento, che permetteva al sangue mestruo, alterato ed accumulato in grande quantità nella matrice, di essere rigettato per vomito (*Rust's Magazin fur* 1834). Si è pur veduta una insolita comunicazione, esistente tra una tromba ed ilretto, permettere alle ma-

terie fecali, o almeno a' gas, di scappar via dalla vagina (*Archives* del 1836): in fine nello stato di vacuità, il perforamento dell'utero potrebbe anche essere prodotto da un ascesso interstiziale che si aprirebbe sulle due superficie dell'organo ad un tempo.

Tutti questi casi sono rarissimi: le rotture dell'utero al contrario sono comuni durante la gravidanza e specialmente nel meccanismo del parto, la cui storia si trova in tutti i trattati di ostetricia, e per cui riesce superflua in questo libro.

OTTAVA CLASSE DI MALATTIE

DELLE TRASFORMAZIONI ORGANICHE E DE' PRODOTTI MORBOSI ACCIDENTALI

Nella ottava classe comprenderemo: 1.° le malattie caratterizzate dalla trasformazione de' tessuti gli uni negli altri, o per lo sviluppo di tessuti nuovi analoghi o anche identici a' tessuti naturali; 2.° le malattie caratterizzate dalla formazione di novelli prodotti affatto estranei alla economia.

La trasformazione de' tessuti gli uni negli altri è un fenomeno comunissimo nell'organismo; si osserva specialmente, come fatto fisiologico, quando, in seguito dello sviluppo del corpo, e per lo estinguimento di una funzion naturale, certi tessuti scompaiono e sono sostituiti da altri. Ma noi dobbiamo occuparci soltanto delle trasformazioni de' tessuti sotto il rapporto patologico, e come espressione di un perversimento speciale nell'atto nutritivo. Non crediamo dover indicare in quest'opera tutti i modi di trasformazione de' quali gli organi sono suscettibili: ve ne sono di quelli i quali necessari a conoscersi sotto il rapporto dell'anatomia patologica, non hanno però alcuna importanza per la pratica: quindi li trascureremo. Ci occuperemo in questo luogo soltanto delle trasformazioni e prodotti *adiposo, sieroso, corneo, cartilagineo ed osseo*; daremo termine in fine allo studio di alcuni *polipi* che sono prodotti morbosi potendo far parte de' tessuti mucoso, carnoso, fibroso o cartilagineo. Questi novelli prodotti o queste trasformazioni di un tessuto in un altro costituiscono a vero dire un *tessuto accidentale*, che cambia la struttura primitiva degli organi, e produce per conseguenza un disturbo più o meno grande nelle loro funzioni; ciò non pertanto meritano di essere distinti dagli altri prodotti morbosi i quali, estranei all'organismo, senza analogia colla economia,

esistono spesso, senza avere cogli organi o i tessuti ne' quali si sviluppano alcuna specie di connessione organica. In questo genere comprenderemo: 1.° Le *concrezioni inorganiche*; 2.° gli *entozoi*; 3.° i prodotti morbosi, che depositati ne' tessuti, li deprimono, li penetrano ed anche li convertono nella loro propria sostanza; tali sono: 1.° il *cancro*; 2.° i *tubercoli*; 3.° la *melanosi*.

PRIMO GENERE DI PRODOTTI MORBOSI

DE' PRODOTTI MORBOSI ACCIDENTALI

Consistenti nella trasformazione de' tessuti gli uni negli altri, e nello sviluppo di tessuti nuovi analoghi a' tessuti primitivi.

DELLA TRASFORMAZIONE ADIPOSA DE' TESSUTI

Abbiamo altra volta parlato della obesità, che altro non è se non che un accumulo insolito di grasso nelle maglie del tessuto cellulare. Ci rimane ad occuparci ora de' casi ne' quali diversi tessuti si trasformano in sostanza adiposa, o pure sono atrofiati, distrutti dal grasso che si deposita ne' loro interstizi.

I muscoli sono gli organi i quali provano più spesso la trasformazione adiposa. Quando quest' alterazione à luogo, le fibre carnose acquistano una tinta giallastra; diminuiscono di volume, e scompaiono ancora intieramente. Il corpo intiero del muscolo è allora convertito in una massa giallastra che ingrassa lo scalpello e macchia un foglio di carta siccome lo fa il grasso. Spesso i muscoli in tal guisa alterati conservano la forma ed il volume che avevano quando erano sani. Bécclard credeva che allora non vi era precisamente trasformazione di tessuto, ma semplice deposito di grasso tra le fibre carnose, del quale, secondo lui si troverebbe sempre qualche traccia. Però numerosi fatti hanno dimostrato che la opinione di Bécclard non era esatta; perchè torna facile conoscere che nella maggior parte de' casi è lo elemento fibroso de' muscoli che cambia di natura e si trasforma in tessuto adiposo.

La degenerazione adiposa colpisce più frequentemente i muscoli delle estremità inferiori e superiori; i muscoli del polpaccio sono quelli che offrono più degli altri l' alterazione di cui

trattasi. Tra i muscoli della vita organica, il cuore è il solo che va soggetto alla trasformazione adiposa. Ne parleremo tosto con precisione.

La causa ordinaria di questa trasformazione è, per i muscoli delle membra, la loro inazione troppo prolungata: quindi si osserva in preferenza ne' vecchi infermi, paralitici, in quelli colpiti da deformità, e che perciò, sono forzati di rimanere in uno stato d'immobilità quasi completa.

Non esiste alcun fenomeno che potesse durante la vita indicare la degenerazione adiposa de' muscoli. Siccome questa trasformazione non è quasi mai completa, ne siegue che gli organi sono ancora capaci di trasmettere qualche movimento alle parti che sono destinati a muovere.

Alcuni visceri possono subire la trasformazione adiposa: così Dupuytren e Lobstein hanno osservato molte volte il pancreas convertito in grasso. Ciascuno sa quanto la degenerazione adiposa del fegato sia frequente. Questa lesione essendo speciale degli individui tubercolosi, ne parleremo in occasione della etica polmonale. Si citano alcuni casi di trasformazione adiposa de' reni. Uno de' fatti più distinti di questo genere è stato veduto dal Signor Bricheteau; esso è riportato nel tomo III, p. 616 dell'opera del Signor Rayer. In fine le mammelle sono pure organi che possono subire la trasformazione adiposa, però quest'alterazione vi si osserva meno frequentemente che ne' muscoli e nel fegato.

DEL SOPRACCARICO E DELLE TRASFORMAZIONI ADIPOSE DEL CUORE.

Nelle persone obese ed anche in quelle di una grassezza ordinaria, si trova il cuore circondato, sopracaricato di una grande quantità di tessuto adiposo. Questo grasso, di un bel colorito giallo e di una buona consistenza, si trova in grande quantità alla base del cuore, alla parte posteriore di quest'organo, verso il solco trasversale e lungo i vasi coronari. In generale il grasso penetra più o meno tra le fibre carnose, le quali sono flosce ed assottigliate.

In alcuni casi, il grasso non solo è applicato sul cuore, ma le fibre muscolari, pallide, di un colorito giallo di paglia, o analogo a quello delle foglie morte, sono ammolite ed ingrossano lo scalpello che le divide. Questa degenerazione adiposa delle fibre carnose del cuore è d'ordinario parziale, e si mostra specialmente alla punta dell'organo, che può invadere in tutta la sua spessezza. Essa sembra aver luogo da fuori in

dentro, in guisa che la tessitura muscolare delle fibre più interne può essere perfettamente facile a conoscersi, mentre alla superficie hanno subito intieramente la trasformazione adiposa. Nonostante quest' alterazione, le pareti cardiache resistono allo sforzo del sangue, e benchè il Signor Cruveilhier l'abbia considerato la degenerazione adiposa siccome una causa di rottura, pur tuttavia si contano ancora pochi fatti favorevoli a questa opinione. Le cause del sopracarico e della degenerazione adiposa del cuore sono affatto ignorate; solamente si conosce che l'alterazione è più comune nella donna che nell'uomo. Alcuni fatti tenderebbero a far credere, secondo il Signor Bizot, che lo stato grasso del cuore si osserva spessissimo negli etici, specialmente nelle donne, e coesiste allora quasi sempre con un'altra zione simile del fegato.

Non si conosce alcun sintomo che potesse riportarsi al sopracarico o alla degenerazione adiposa del cuore.

PRODOTTI DI TESSUTO SIEROSO

Spesso si sviluppano le membrane sierose accidentali; quindi questi prodotti si veggono nascere nelle parti sottoposte agli strofini insoliti e ripetuti; altre volte si formano intorno a' corpi estranei che rendono isolati, o pure in seno degli organi che sono stati lacerati, rotti; quindi è che abbiamo veduto, dopo le emorragie cerebrali, una saccoccia sierosa organizzarsi al luogo della porzion dell'organo che è stata distrutta. Qualunque sia la parte in cui questo tessuto sieroso si sviluppa, si presenta sempre sotto la forma di un sacco senza apertura, e costituisce una delle varietà delle cavità o saccocchie accidentali indicate sotto il nome di *cisti*.

DE' CISTICI

I cistici sono certe cavità membranacee senza apertura, di forma e dimensioni variabili, che si sviluppano accidentalmente in tutti i tessuti della economia, eccetto nelle cartilagini.

La membrana che forma la cisti è più o meno spessa; è aderente colla sua superficie esterna a tessuti circostanti; colla sua faccia interna poi, che è quasi sempre levigata, pallida e di aspetto come sieroso, è in contatto con diversissime sostanze. Quelle che si osservano più spesso sono: il siero, il sangue aggrumito, il pus, le materie grasse, ateromatose, meli-

oeriche, i tubercoli, il cancro, la melanosi, le idalidi; i pelipi, i corpi estranei venuti dallo esterno, ec. ec. Ora altro non trovasi che una cavità; ora la cisti è multiplice: le sue nicchie sono allora isolate le une dalle altre, o pure comunicano tra loro. Un liquido identico le riempie; però spesso ciascuna nicchia contiene diversi prodotti, benchè la membrana della cisti che li a segregati offri da pertutto lo stesso aspetto e la stessa struttura. In generale non si trova che una sola cisti: qualche volta molte nello stesso organo o in diverse parti del corpo; altra volta se ne sono incontrate moltissime nello stesso individuo da far dipendere il loro prodotto da una specie di diatesi. Tale è il fatto riportato dal Morgagni di una donna nella quale trovò più di 800 cisti sierose disseminate nella maggior parte de' visceri.

Il maggior numero delle cisti sta aderente intimamente agli organi circostanti mediante il tessuto cellulare compatto. Qualche volta sono semplicemente contigue, ed allora si asportano via facilmente. L' organo nel quale la cisti si è sviluppata il più delle volte è atrofiato in seguito della compressione sofferta; si è veduto qualche volta ridotto ad una lamina sottile di tessuto cellulo-fibroso, nella quale non si riconosce più la struttura dell' organo.

Molto si è discusso sul meccanismo che presiede alla formazione delle cisti: gli uni pensano, con Louis, Haller e Morgagni, che la materia sparsa preesiste alla cisti, mentre che secondo Bichat ed il Signor Cruveilhier avrebbe luogo il contrario. Questa ultima opinione è forse la più vera in generale. Però non cade dubbio che in molti casi la cisti si forma consecutivamente soltanto alla presenza di un corpo estraneo. Abbiamo ciò veduto, per esempio, per i versamenti sanguigni e purulenti del cervello; ciò osservasi pure quando un proiettile soggiorna ne' tessuti, ec.

I sintomi prodotti dalla presenza di una cisti dipendono quasi unicamente dalla compressione che questi tumori esercitano sugli organi e dall' ostacolo che ne risulta per lo esercizio delle loro funzioni. In tal modo specialmente questi tumori possono produrre la morte degli individui. Le cisti possono guarire per assorbimento della materia stravasata nella loro cavità, o pure per la sua uscita all' esterno. Questi tumori addiventano qualche volta la sede di lesioni consecutive; quindi possono infiammarsi, suppurare, e le loro pareti possono subire diversi modi di trasformazione e specialmente le trasformazioni cartilaginea ed ossea.

Molte di queste cisti le quali appartengono alla patologia medica, quando sono accessibili, richiedono specialmente una cura chirurgica. In fatti i topici, coadiuvati o no dall' uso de'

medicamenti interni, sono raramente seguiti da successi, quando si usano soli, e la compressione è quasi sempre inapplicabile.

DE' CISTICI DEL CERVELLO

Quasi tutti i cistici del cervello hanno un piccolo volume; contengono il siero e sono consecutivi ad un versamento sanguigno; sono uno de' modi di guarigione della emorragia e dello ammollimento de' centri nervosi. Però tutti i cistici sierosi delo encefalo non hanno questa origine; quindi se ne trovano spesso ne' plessi coroidei; essi sono pisiformi, e non acquistano forse mai un volume tanto considerabile da produrre gravi sintomi; questo punto però rimane ancora alquanto oscuro. Molte volte abbiain pure veduto i cistici sierosi di gran volume situati alla superficie o nella spessezza del cervello, e che sviluppati spontaneamente, cioè sotto la sola influenza di questo perversimento della nutrizione che presiede allo sviluppo della maggior parte de' tumori intercranei.

Importa esser preveniti che i cistici sierosi indipendenti da qualunque versamento sanguigno antecedente sono eccessivamente rari. Quasi sempre si ligano alla esistenza di qualche idatide. La loro diagnosi è affatto impossibile, perchè gli accidenti che producono loro son comuni colla maggior parte de' tumori intercranei.

Passeremo sotto silenzio i cistici purulenti, parola impropria della quale se ne servono qualche volta per indicare gli ascessi del cervello circondati da una falsa membrana (vedi il t. 1.^o l'articolo *Encefalite*).

DE' CISTICI SIEROSI DEL FEGATO E DELLA MILZA

Come per il cervello, i cistici sierosi sono estremamente rari nel fegato; se n'è pure negata la esistenza, e molti pensano anche oggi che tutti i tumori che si considerano come cistici sierosi altro non sono che cistici idatiferi. Non cade dubbio però che nel fegato si formano qualche volta i tumori semplici o moltiplici, ora piccoli, ora molto grossi da occupare i lobi, e che altro non contengono meno che un siero chiaro, trasparente come acqua di fonte, ed appena albuminoso. Quando il sacco s'infiamma, il liquido si fa torbido o addiuviene anche purulento; può pure colorarsi in rosso, quando il sangue è stato esalato nello interno del sacco.

I cistici sierosi del fegato, studiati dapprima da Lassus, e recentemente in Inghilterra dal dottor Hawkins, anno quasi lo stesso corso, gli stessi esiti de' tumori idatici; i sintomi loro sono del pari comuni, eccettuato però il fremito, il quale manca costantemente ne' cistici sierosi. Non bisognerebbe però prendere autorità dalla mancanza di questo solo segno per diagnosticare un cistico sieroso in vece di un tumore idatifero; perchè vedremo in prosieguo che il fremito ed il rumore idatici sono fenomeni estremamente rari ne' cistici acefalocistici. La puntura esploratrice, consigliata, non saprebbe nulla farci conoscere, poichè nell'uno e nell'altro caso, non può scorrere dal cannuolo altro che un siero più o meno trasparente. Da tuttociò, bisogna concludere che nello stato attuale della scienza un cistico sieroso del fegato non potrebbe diagnosticarsi durante la vita da un tumore idatico. Purtuttavia la minore o maggior precisione della diagnosi non potrebbe nuocere alla cura, che dovrà essere la stessa ne' due casi.

Tutto ciò che abbiamo detto del fegato si applica interamente per la milza.

DE' CISTICI SEMPLICI DE' RENI

I reni sono frequentemente la sede di cistici sierosi più o meno voluminosi; la maggior parte si sviluppano nella sostanza corticale; alcuni anno sede nella sostanza tubulare o nel tessuto cellulare che circonda i vasi. Sono semplici o multipli, e qualche volta sono sì numerosi che il rene ne è zeppo, e che la sostanza propria dell'organo compressa da essi può essere in fine assorbita. Quando questi cistici sono situati alla superficie, vi formano delle protuberanze trasparenti; sono ripieni ora di un siero leggermente giallastro ed albuminoso, ora il liquido è opaco, purulento; altre volte è rosso e sanguinolento; in fine, ci si è trovata una materia gelatiniforme, diversi altri prodotti, e specialmente i vermi vescicolari.

I cistici sierosi de' reni si osservano specialmente su i cadaveri de' vecchi. Siccome essi non producono alcun dolore, siccome non si accompagnano ad alcun disturbo della segregazione urinaria, sono sempre sconosciuti durante la vita, e ciò tanto più facilmente in quanto che i reni non essendò molto aumentati di volume, non formano alcun tumore distinto. Se, cosa straordinaria, esistesse un tumore manifesto, questo, mediante la fluttuazione, i gonfiamenti della sua superficie, somiglierebbe molto all'idronevrosi di cui parleremo.

La diagnosi differenziale non potrebbe stabilire che collo studio degli antecedenti, i quali mostrerebbero se il tumore abbia preceduto, ad un'epoca più o meno lontana, i segni di una ritenzione di urina; in questo caso la esistenza della idronefrosi è molto più probabile.

Questi cistici possono infiammarsi spontaneamente o in seguito di una contusione.

Non esiste ancora alcuna cura razionale da opporsi a questa malattia.

DELLA IDRONEFROSÌ

Al lato de' cistici sierosi de' reni, descriveremo l'*idronefrosi*, o *distendimento idrorenale*. Questa malattia ben descritta recentemente dal Signor Rayer, è caratterizzata dallo accumulo nel calicetto e negli ureteri di una quantità più o meno grande di un liquido primitivamente urinoso, e poscia sieroso in apparenza.

Anatomia patologica. — Quando i corpi estranei, i tumori, gl'imbrigliamenti o qualunque altra causa, si oppongono allo accumulo dell'urina nella vescica, questo liquido può accumularsi ne' calicetti e nell'uretere e distendere questi condotti senza infiammarli in modo notevole. Qualche volta, il distendimento occupando soltanto il calicetto, si vede il tumore sferoide più o meno grande allo interno della fenditura, mentre il rene respinto, compresso da dentro in fuori, diminuisce di volume, riveste il tumore come una specie di elmetto, e presenta ordinariamente alla sua superficie un certo numero di protuberanze (Rayer); però il più delle volte l'idronefrosi è generale. Se il dilatamento è leggiero, il tessuto del rene offre al tatto la sua ordinaria resistenza, più tardi però l'organo si gonfia alla sua superficie ed a questo livello è molle e fluttuante. Più tardi ancora, dice il Signor Rayer, queste protuberanze addiventano più pronunziate; ed il rene acquista, specialmente in alcuni punti, la mollezza di un cistico ripieno di un liquido. Sotto il taglio, si vede che il calicetto è dilatato; gli ureteri più larghi e più lunghi, hanno la forma di un imbuto; le sostanze tubulare e corticale, compresse da dentro in fuori, sono atrofiate; spesso si trovano soltanto le vestigie disseminate sul tumore sotto forma d'isolette. In tutti i casi visti dal Signor Rayer, i vasi de' reni erano ben sviluppati e senza proporzione collo stato delle sostanze renali. Il liquido contenuto varia secondo che il tumore è recente o antico. In tutti i casi il Signor Rayer à riconosciuto in questo fluido la presenza del-

l'urea ed una notevole quantità di albumina quando l'idronefrosi era antica: per lo contrario era l'urina a poco presso simile a quella contenuta nella vescica, quando la comunicazione tra quest'organo ed il rene non era completamente interrotta.

Il Signor Rayer ha descritto e figurato nel suo Atlante delle idronefrosi parziali dipendenti dal distendimento di uno o molti calicetti. Queste specie di cistici urinari, rari nell'uomo, sono, per lo contrario, molto comuni nel bue. L'idronefrosi può assalire un sol rene e i due organi ad un tempo.

Sintomi e diagnosi. — Nella idronefrosi, limitata ad uno de reni, gli ammalati anno spesso provato dolori più o meno vivi nella regione lombare corrispondente; alla fine di un tempo più o meno lungo, si distingue un tumore bernocolato, matto, il cui volume, distinto sotto il tatto e specialmente sotto la percussione, varia da quello del pugno dello individuo sino a quello che acquista l'utero negli ultimi mesi della gestazione. Questo tumore è proeminente ne lombi; questa regione, in fatti e più o meno gonfia. L'urina non presenta alcun carattere particolare. Gli ammalati non provano altri disturbi meno quelli che può occasionare un tumore che reca incomodo pel suo volume, ma che per se stesso non può produrre alcuna influenza pericolosa. Però se la segrezione o la escrezione urinaria si sospendono momentaneamente nel rene opposto la morte non tarda ad aver luogo. Quando l'idronefrosi è doppia, gl'individui rimangono più o meno buoni sino ad un'epoca molto vicina alla morte, la quale per lo più à luogo tanto rapidamente che improvvisamente; gli ammalati non sono infermi che per pochi istanti; periscono quando ogni interruzione è finita colla vescica, o quando le sostanze renali sono incapaci di eliminare l'urea dal sangue.

Un neonato colpito da doppia idronefrosi è incapace di vita (Rayer). Oltre a che questa circostanza può essere una causa di distocia.

L'idronefrosi non può essere confusa colla pielite, se non riguarda alla circostanze seguenti notate dal Signor Rayer. Nella infiammazione dell'uretere l'urina contiene sempre il pus in maggiore o minor quantità, a meno che qualunque comunicazione non sia interrotta tra l'uretere e la vescica, e ciò non è la cosa più ordinaria. Aggiungete che nella pielite il tumore è quasi sempre doloroso, mentre che è per lo più indolente nell'idronefrosi. Lo sviluppo del tumore, la sua sede e suo corso ed i segni importanti forniti dal tatto, fanno distinguere facilmente il tumore renale da una gravidanza o da un cistico ovario.

Pronostico. — L'idronefrosi doppia è una malattia sempre incurabile, e che presto o tardi dovrà occasionare la morte degli individui quando la sostanza del rene sarà intieramente scomparsa; l'idronefrosi semplice, in generale non trae seco alcun accidente.

Cura. — Il dottor Koenig ha consigliato di pungere i tumori idrorenali ogni qual volta si elevano sensibilmente e presentano la fluttuazione; con ragione però il Signor Rayer combatte questa pratica, perchè conviene osservare, che quando la malattia è semplice, non compromette la vita, ed è compatibile con uno stato di salute perfetta: da un'altra parte si è veduto dopo la puntura il sacco infiammarsi, ed una peritonite mortale uccidere gli ammalati. Se però il tumore addiviene doloroso e s'infiamma spontaneamente, si combatteranno gli accidenti cogli antilogistici; e se avrà luogo il pus, bisogna procurargli una strada artificiale prima che la febbre setica si determini.

Se l'idronefrosi semplice o doppia esiste in un feto ed è acquistato un volume considerabile può, siccome lo abbiamo detto, essere la causa di distocia. Bisogna allora, secondo i consigli del Signor Bouchacourt (*Gaz. méd.* 1843), pungere prima il ventre con un tre quarti, e se è insufficiente, praticare una più larga apertura o pure procedere alla estirpazione del tumore.

DE' CISTICI DELLE OVAIE

Le ovaie sono tra tutti i visceri quelli che più frequentemente divengono la sede de' tumori cistici. Questi cistici presentano molte varietà pel volume, pel numero e per le materie che contengono. Considerati sotto quest'ultimo rapporto, se ne distinguono tre specie principali, che sono: i *cistici pelosi*, *sierosi* ed *encefalocistici*. Parleremo in particolare di quest'ultima specie, ma per i sierosi diremo soltanto ciò che presentano di speciale.

DE' CISTICI PELOSI DELLE OVAIE

Si osservano spesso nelle ovaie, tre o quattro volte più spesso nel lato diritto che nel sinistro, i cistici il cui volume varia da quello di una testa di adulto sino a quello di un uovo di piccione. La maggior parte sono della grandezza di un uovo di gallina; sono ripieni di una grande quantità di peli in mezzo

ad una materia grassa, sierosa e di frammenti di ossa. I peli hanno qualche volta una lunghezza di 20 o 50 centesimi; possono presentare i diversi coloriti a mazzi o a ricci; gli uni sono liberi, altri aderiscono alle pareti del cistico, o pure ad una membrana che qualche volta presentava l'analogia della pelle per la sua struttura. I frammenti ossei che trovansi ne' cistici sono specialmente i denti di numero variabile; ora liberi, altre volte piantati sulle pareti del cistico o sulle porzioni ossee o cartilaginee. Più spesso sono denti della prima dentizione: però in alcuni esistono i denti della seconda; ciò prova che non ostante una condizione sì insolita, la evoluzione dentaria siegue il suo solito corso. Sono state rinvenute delle ossa appartenenti a diverse parti dello scheletro, e de' pezzi che sono stati considerati siccome pelle o tessuto muscolare. Tutti questi avanzi sono circondati da una grande quantità di materia bianca o grigiastria. La maggior parte di questi tumori non contengono che peli e grasso; i denti ed i frammenti di ossa vi si rinvencono in modo eccezionale.

Molto si è discusso sulla origine di questi prodotti; noi pensiamo con Haller, co' signori Cruveilhier e Velpeau, che appartengono agli avanzi di feto. Bisogna ammettere che in questi casi esiste una gravidanza ovaria, e che il feto essendo morto ad un'epoca più o meno prossima all'atto del concepimento, si è quasi interamente sciolto, mentre che alcune delle sue parti hanno resistito alla distruzione e anche han continuato ad aumentarsi. Tali sono i capelli, i denti i quali acquistano qualche volta un volume considerabile.

Questi cistici non offrono che un interesse di anatomia patologica, perchè ordinariamente sconosciuti durante la vita ed essenti da qualunque accidente e non protuberanti nel ventre. Però alcune volte possono infiammarsi e contrarre delle aderenze colle parti vicine. Quindi si son veduti vuolarsi per la vagina, pel retto e per la vescica. Notiamo pure che se il feto non è morto che ad un'epoca molto lontana dal atto del concepimento, come a quattro o cinque mesi, il tumore avendo acquistato un volume considerabile, si potranno osservare tutti gli accidenti che accompagnano le gravidanze extrauterine. Indichiamo soltanto il fatto senza dovercene occupare in questo luogo.

DE' CISTICI SIEROSI O DELLA IDROPISIA CISTICA DELLE OVAIE

I cistici sierosi che si osservano raramente nelle altre parti del corpo, sono comunissimi nelle ovaie. Questa particolarità spiegasi per la struttura di questi organi, i quali contengono nello interno quindici o venti piccole vescichette, le quali forse sono il punto di partenza più ordinario della malattia. Però il tumore non proviene sempre esattamente dallo interno dell'ovaia; in fatti alcune volte è fuori di quest'organo, cioè collocato immediatamente sotto il peritoneo e fuori della sua tunica fibrosa; spesso il tumore ha pur sede sopra un punto dell'utero, o degl'annessi di quest'organo; meno che le ovaie. In questi casi alcuni pensano che l'ovaia è il punto di partenza o il suo organo produttore. Essi suppongono allora che un uovo essendosi distaccato spontaneamente o sotto la influenza dello eccitamento venereo, è caduto nel peritoneo, vi è stabilito aderenza e si è aumentato. Questa opinione, della quale non si saprebbe dimostrare la esattezza, è però probabilissima, perchè i cistici del bacino non si osservano forse quasi mai nella donna; è dunque natural cosa rannodare il prodotto di questi tumori a qualche condizione organica speciale alla donna, e questa condizione altro non può essere che la presenza, in quest'ultima, di un organo che non esiste nell'uomo.

Anatomia patologica. — I tumori cistici delle ovaie hanno una grossezza variabilissima; possono eguagliare appena il volume di una testa di spilla; altre volte acquistano quello di una testa di un adulto; possono anche occupare tutta la cavità addominale, che offre allora lo sviluppo che acquista nell'ascite più abbondante; il loro peso può elevarsi a 10, 15, 30, 50 e 100 chilogrammi; in questo caso, spostano, spingono i visceri addominali e possono contrarre aderenza con molti tra essi. La superficie di questi cistici è quasi sempre irregolare, bernocoluta; offre de' solchi irregolari, certi strozzamenti, alcune volte vi sono molti tumori uniti tra loro; più spesso ne esiste un solo, ma offre al suo interno un gran numero di sacchi sierosi o comunicanti gli uni cogli altri. Una membrana di aspetto sieroso li tappezza; però non ostante questa uniformità di organizzazione, le materie contenute variano spesso in ciascuno de' strati che dividono il tumore, quindi può esistere il siero citrino o un liquido rossastro, brunoastro, color cioccolatte o nero, opaco, purulento, o pure le materie gelatiniformi, simili al sago, a-

cefalocisti, ec. Le pareti del tumore offrono una ineguale spessezza; ora il peritoneo solo le ricopre; altra volta la tunica fibrosa ipertrofiata esiste ancora; in fine in alcuni casi la spessezza e la consistenza sono anche aumentate per la degenerazione cartilaginea o ossea a cui queste membrane sono andate soggette. Delpech ed il Signor Dubreuil hanno provato colle sezioni che i vasi delle ovaie, arterie, e vene hanno d'ordinario acquistato un volume molto maggiore; le vene, specialmente sono numerose ed aumentate di volume, ipertrofiate, piuttosto appianate che cilindriche, e richiamano, dice il Signor Dubreuil, per la loro organizzazione, la idea de' seni della dura madre. I vasi arteriosi e venosi di cui trattasi sono quasi sempre situati alla faccia interna del cistico.

Le due ovaie sono di rado colpite simultaneamente, e quando ciò à luogo, lo sono in modo ineguale. La malattia sembra alquanto più comune nella ovaia destra che nella sinistra; però Meckel à preteso il contrario.

Sintomi. — I cistici delle ovaie in generale hanno uno sviluppo lento, oscurissimo, al principio non producono per lo più nè dolore nè incomodo; lo sviluppo dello addome è generalmente il primo fenomeno che fissa l'attenzione degli ammalati. Nella idropisia cistica, il ventre si sviluppa nella parte inferiore e laterale. Quindi lungi dal dilatarsi uniformemente sulla linea mediana come nella gravidanza, questo ingrandimento à luogo solamente sopra de' lati di questa linea, la fossa iliaca corrispondente all'ovaia affetta è proeminente; ed il fianco dello stesso lato si allarga. A misura però che il tumore si eleva dal basso in alto, si avvicina sempre più alla linea mediana, tosto s'inclina pure sul lato opposto; in fine dopo aver acquistato un certo volume, lo aspetto del ventre non differisce più da quello che osservasi in una gravidanza avanzata. Esplorando la cavità addominale, si riconosce facilmente il tumore, e si avverte senza difficoltà in alto e lateralmente mediante il tatto e la percussione. Gli intestini respinti da esso verso la parte superiore del ventre si collocano sulle parti laterali. Questo tumore è comunemente rotondo, ovoido; la sua superficie è liscia o pur lobulata, ed in questo caso presenta una ineguale durezza; la fluttuazione non può esservi avvertita, o pare è oscurissima, il che può dipendere dalla disposizione a chiusura, dal distendimento e dalla spessezza delle pareti, o dalla consistenza del fluido stravasato. In tutti i casi, bisogna cercare la fluttuazione nell'interno de' piccoli diametri del cistico, ed impiegare per conoscere il processo di percussione periferica. Il tumore è completamente matto quando si percuote; ma, siccome lo à notato il Signor Pirry, offre spesso al dito diverse sensazioni di densità

e di durezza secondo la spessezza delle pareti ed il grado di consistenza delle materie che vi sono rinchiusa; se avvi acefalo-cistici, si potrà scorgere il fremito idatico. L'ascoltazione del tumore non fornisce in generale alcun segno morboso; qualche volta però si sente o pur si avverte sotto il tatto un rumore di strofinio dipendente dalla organizzazione delle false membrane tra il cistico e le pareti addominali in seguito di una peritonite locale. Altra volta si scorge un soffio intensissimo che può dipendere dal perchè il tumore contiene grossi vasi; più spesso però questo rumore morboso osservasi nelle arterie iliache ed ipogastriche, e dipende dalla compressione di questi vasi esercitata dal tumore dell'ovaia. I disturbi funzionali che si osservano sono variabilissimi e dipendono specialmente dal volume del tumore e dalla compressione che questo esercita sugli organi vicini. In generale non esiste alcun dolore vivo, ma solamente peso al basso ventre, ne' reni ed agl'inguini, forse a causa dello spostamento dell'utero, il quale è abbassato, e spesso in istato di retroversione o di anteversione, o pure semplicemente respinto dal lato del bacino opposto al tumore. La compressione della vescica produce de' frequenti desideri di urinare e del tenesmo; quella del retto una costipazione abituale; quella delle vene delle pelvi produce la formazione delle emorroidi, lo infiltramento delle membra inferiori ed un versamento ascitico; in fine quando il ventre è troppo disteso, gli ammalati non possono attendere al menomo esercizio; le digestioni sono stentate per lo incomodo al quale lo stomaco va soggetto; la respirazione è breve, avvi dispnea in ragione dello spingimento del diaframma verso la cavità toracica e la compressione del polmone. Però questi ultimi accidenti sono d'ordinario poco manifesti, anche ne' casi in cui il ventre presenta un eccessivo volume; ciò spiegasi pel corso lento del tumore, e perchè l'ingrandimento del ventre à luogo in spezieltà a spese delle pareti anteriore e laterale. Il peso del cistico ovario inclinando in preferenza verso questi ultimi punti, si spiega pure perchè lo infiltramento sieroso degli estremi inferiori è un fenomeno sì raro, e che d'altronde si manifesta soltanto quando il ventre à acquistato un eccessivo volume; in quest'ultimo caso, le pareti di questa cavità s'infiltrano esse stesse.

La maggior parte delle donne colpite da idropisia cistica conservano le apparenze della salute; la nutrizione non si altera che per quanto le digestioni sono stentate o impedita; che esiste qualche dolore vivo o una degenerazione cancerigna del cistico.

Corso, durata, esiti. — I tumori cistici delle ovaie hanno un corso lentissimo; possono rimanere lungo tempo stazionari,

altre volte si aumentano mai sempre. Si calcolano i loro progressi colla misura, per esempio misurando la distanza compresa tra la linea bianca e le spine lombari, o pure quella che esiste tra l'arco toracico e la cresta iliaca.

Questa malattia dura indeterminatamente; può continuare per trenta, quaranta ed anche cinquant'anni. Morgagni ne riporta molti esempi (*Epist.* 38). Si è veduto vuotarsi il tumore a traverso la parete addominale o pure per lo intestino, per la vescica, per la vagina, per l'utero e per la tromba di Falloppio, ma la parte verso la quale il liquido tende più è la cavità peritoneale. Il cistico si apre in questa, ora spontaneamente, ora in seguito di uno sforzo, e specialmente dopo una caduta sul ventre. Quando il tumore dell'ovaia si vuota nel peritoneo, possono risultarne molti effetti, il Signor Camus a ciò perfettamente stabilito in un bel lavoro che egli ha pubblicato nel 1844 nella *Revue médicale*. Quindi nel caso da noi supposto; 1° la donna può morire rapidamente con i sintomi di una peritonite perperacuta, e quest'esito è tanto più a temersi in quanto che il liquido si allontana di più per le sue qualità dal siero; se il cistico è purulento, per esempio, la morte è inevitabile. 2° Alcune donne, dopo aver sofferto una o molte rotture, addiventano ascitiche, cioè che il siero del cistico stravasato nel peritoneo rimane in questa membrana. Morgagni ha citato molti fatti simili: 3° La maggior parte delle donne sopravvivono a molte rotture, quantunque queste diano luogo qualche volta ad una peritonite più o meno grave; malgrado però questo accidente, il liquido si assorbe finalmente dopo un tempo più o meno lungo, e si ottiene una momentanea guarigione. Il Signor Camus ha veduto un caso simile. 4° in fine la rottura del cistico nel peritoneo può essere seguita dalla guarigione definitiva, radicale. Il Signor dottor Achille Chereau cercando a sapere quale è la proporzione delle guarigioni secondo gli organi ne quali si effettua la rottura del cistico, ha trovato che, su 26 casi che possiede la scienza di donne nelle quali il cistico si è aperto nel peritoneo, si è osservata cinque volte una definitiva guarigione, in 10 la malattia ritornò allo stesso stato di prima, mentre 11 morirono. La comunicazione del cistico con un punto dello intestino sarebbe una condizione meno favorevole, poichè, su 12 donne le quali, secondo il Signor Chereau (1), hanno presentato quest'esito, una sola però, mentre

(1) Il Signor Chereau ha riunito 70 casi di rotture di cistico, divisi come si segue: 26 nel peritoneo, 12 nel canale intestinale, 12 a traverso la parete addominali, 9 nella vagina o l'utero, 3 nella tromba di Falloppio, 4 nella vescica, — 4 casi sono dubbii (*Extrait de l'Union médicale*, 13 avril 1847).

che 6 sono guarite completamente, e 5 son rimaste nello *statu quo*. La guarigione è stata pure osservata ne' casi in cui il cistico si è aperto nella vescica, nell' utero, nella vagina, nella tromba di Falloppio e a traverso le pareti addominali (1), però chechè ne sia, questi esempi sono disgraziatamente rarissimi, avuto riguardo allo immenso numero de' casi in cui la malattia rimane incurabile. In fatti quasi sempre si vede il cistico progredire lentamente; le ammalate indebolite per uno stato abituale di sofferenze, periscono per qualche complicazione; altre muoiono con un accidente dipendente dal cistico, come la sua infiammazione, la sua suppurazione, la sua rottura, la sua degenerazione scirroso; in fine la morte può aver luogo con i sintomi dell' ileo, quando un'ansa intestinale è compressa tra l'angolo sacro-vertebrale dal tumore indurato.

Diagnosi. — Torna superfluo dire ch'è impossibile distinguere sul vivo, e spesso anche su i cadaveri, i cistici sierosi che hanno sede nell'ovaia, da quelli che si sono sviluppati sopra un altro punto degli annessi dell'utero, o anche dalle idropisie della tromba, che spesso contenevano 50 chilogrammi di liquido. Però queste malattie sono rarissime; oltre a che non differiscono affatto per i loro sintomi ed il loro corso da' cistici delle ovaie propriamente detti, co' quali possono confondersi, senza inconveniente alcuno, in una istessa descrizione.

Le due malattie colle quali la idropisia dell'ovaia è stata più spesso confusa sono l'ascite o l'idrometria. In queste tre malattie, in fatti, avvi sviluppo del ventre, fluttuazione, suono matto o spostamento degli intestini. Però nell'ascite, non si distingue affatto, come nella idropisia cistica, un tumore ovoide a superficie levigata o ineguale; lo sviluppo del ventre si è fatto uniforme dal basso in alto e seguendo tutta la estensione trasversale dello addome, mentre che nel caso di cistico ovario la tumefazione non ha dapprima occupato che uno de' lati della linea mediana. In quest'ultimo, il suono matto è più completo che nell'ascite, mentre che la fluttuazione, che d'ordinario è sì evidente in questo, è negativa o oscura nell'altro. I cambiamenti di posizione fanno pur variare i risultati della percussione ne' cistici delle ovaie, mentre si sposta facilmente il suono matto ne' versamenti ascitici. In fine paragonando lo sposta-

(1) Su 4 donne nelle quali il cistico si era vuotato nella vescica, 1 morì, 1 si guarì, 2 sono ritornate nello stesso stato di malattia. — Su 12 donne nelle quali il cistico si è aperto a traverso le pareti, 2 morirono, 3 guarirono; ed in 5 casi sono ritornate allo *statu quo*. L'apertura per l'utero o per la vagina è stata fatale a 2 donne, 6 sono guarite, 4 sono rimaste nello *statu quo*.

mento degli intestini nell' una e nell' altra malattia si trova, siccome lo ha osservato il primo il Signor Rostan, che, nella idropisia cistica, gl' intestini sono collocati dietro il tumore o sopra i suoi lati, mentre nell' ascite ondeggiano uniformemente al di sopra dello strato liquido. La percussione permette in tutti i casi di riconoscere il luogo che occupano. In fine senza aver riguardo a segni speciali ed a risultati forniti dalla esplorazione diretta, può dirsi generalmente che quando, in una idropisia addominale, si vede la salute della donna mantenersi quasi intatta per anni interi, si può essere certi che il versamento non occupa affatto il peritoneo, ma che a sede nelle ovaie; si concepisce ciò facilmente richiama alla mente che nella quasi totalità de' casi l' ascite è sintomatico delle lesioni viscerali gravi e spesso incurabili. La idropisia peritoneale però complica spesso quella dell' ovaia. Si conoscerà facilmente questa coincidenza dalla sensazione di fluttuazione superficiale che si determina allo ipogastrio. Volendo esercitare una brusca pressione colla mano, si sposta il liquido interposto, ed allora il dito perviene sino al tumore. L' idrometria sarà facilmente distinta dalla idropisia cistica, perchè il tumore occupa l' ipogastrio, perchè oltrepassa raramente questa regione, perchè la fluttuazione ivi è quasi negativa; che esistono dolori agl' inguini ed alla parte interna e superiore delle oosce; in fine il lattò, per la vagina ed il retto, fa conoscere facilmente che il tumore è formato a spese dell' utero.

Avvi una malattia rarissima, chiamata idropisia cistica delle pareti addominali, che potrebbe essere confusa con un cistico dell' ovaia o con un ascite, quando il tumore invade tutta la parete dell' addome, però dallo studio degli antecedenti si conoscerà che questo tumore fluttuante è cominciato in un punto circoscritto del ventre e spesso alla parte media, e che a poco a poco soltanto è invaso tutta la parete anteriore. Si è pur descritto una idropisia cistica del peritoneo, formata da un raddoppiamento di questa membrana; ma noi consideriamo la esistenza di questa malattia come molto dubbia, e se si riflette che la maggior parte de' casi riportati sono stati osservati nella donna, è probabile altra cosa non essere meno che tumori cistici della ovaie, che sono stati sconosciuti.

Molte volte un tumore cistico dell' ovaia ha dato a credere la esistenza di una gravidanza e reciprocamente. Il volume del ventre, lo scovimento di un tumore situato alla parte inferiore di questa cavità, qualche volta la soppressione delle regole, uno sviluppo insolito de' seni, un rumor di soffio nel tumore, alcune false sensazioni che danno alla donna la idea del movimento del feto, hanno molte volte dato a pensare che esisteva

una gravidanza uterina o della ovaia. Ma nella prima, il tumore occupa l'ipogastrio, ed il tatto dimostra che è formata dall'utero; in fine il fenomeno del ballottamento ed i rumori del cuore del feto non lasceranno alcun dubbio sulla esistenza di una gravidanza uterina. Nella gravidanza dell'ovaia, il tumore, siccome nella idropisia cistica, occupa soltanto uno de' lati del ventre; nella prima poi lo sviluppo dello addome è più rapido; si accompagna spesso a dolori vivi e ad accidenti simpatici più o meno pericolosi. Confessiamo però che la diagnosi è incerta sino al quarto mese; ma dopo quest'epoca, i movimenti del feto, qualche volta i rumori cardiaci percepiti mediante l'ascoltazione, in fine i risultati forpiti dal tatto della vagina e del retto, che qualche volta fa conoscere diverse parti del fanciullo, illumineranno bastantemente il pratico sulla vera natura del tumore.

Pronostico. — La idropisia cistica, benchè termini raramente colla morte, bisogna però considerarla come malattia grave, in ragion del corso sempre crescente, della sua incurabilità e dello incomodo che produce. In generale il suo aumento è tanto più rapido in quanto le donne sono più giovani. Se le due ovaie non sono simultaneamente affette, la donna può rimanere incinta e partorire al termine dalla natura stabilito; se poi il tumore è molto voluminoso, avvi spesso aborto o parto immaturo.

Etiologia. — Si è qualche volta osservato la idropisia delle ovaie nelle ragazze impuberi; più comunemente poi la malattia si manifesta tra quaranta e cinquant'anni, specialmente all'epoca critica. Si è detto che gli aborti, i numerosi parti vi predisponessero, mentre che altri hanno accusato, forse con meno di ragione, il celibato. Si è pur anche preteso che qualche volta la idropisia era consecutiva ad una contusione, ed una caduta, ec., nulla però si conosce di preciso sulle cause che producono la malattia di cui trattasi; il suo sviluppo è quasi sempre spontaneo.

Cura. — Tutti i mezzi raccomandati contro le idropisie sono tornati vani per questa malattia. I purganti, i drastici, i diuretici, i sudoriferi, gli esutori, i fondenti impiegati spesso senza misura, hanno qualche volta alterato la costituzione senza migliorare lo stato locale. Da un'altra parte, quasi tutti i mezzi chirurgici proposti per lo stesso scopo producono de' pericoli; quindi la maggior parte de' pratici consigliano un metodo puramente palliativo. Si sosterrà perciò il ventre mediante una cinta, e quando lo sviluppo è molto, si evacua il liquido colla puntura del cistico. Questa operazione ha prodotto qualche volta la guarigione radicale della malattia. Si pratica quasi sempre la puntura per la via delle pareti addominali; però il Signor Vel-

posati nel 1831, e poscia molti medici, hanno proposto di evacuare il liquido per la vagina, in ragione della facilità in cui si è di fare l'apertura in un punto declive, e mantenerla collante mediante un canaletto che permette al liquido di scappar via a misura che si produce. Si è sperato ottenere più facilmente la cura radicale così operando. In fatti ciò sembra aver luogo. Quindi secondo il Signor Cazeaux, si sarebbero ottenuti con questo metodo almeno cinque casi di guarigione completa. Però questo metodo recherebbe molti pericoli, esponendo di più a versamenti peritoneali e ad una peritonite perperacuta: non bisogna praticarlo dunque che in certi casi speciali, cioè quando il tumore sporge molto nella vagina ed è facilmente accessibile al dito. Bisogna pure esser certo che il cistico è unilocale e non è la sede di alcuna degenerazione che potesse impedire la contrazion del tumore e la sua chiusura.

In tutti i casi circa ne quali si usa la puntura come mezzo palliativo o curativo, si è ricorso alla paracentesi, come ne' casi di ascite. La molteplicità delle saccoccie richiede qualche volta l'uso di molte punture successive. Vuotato il liquido, si esercita una compressione sul ventre con una fascia, ma tosto un novello versamento si forma; e dopo un tempo più o meno lungo, bisogna ricorrere a novelle punture, quindi è che molte donne ne hanno sopportate sino a tre o quattrocento. Ho curato una donna per lo spazio di un anno, che era obbligato di pungere in ogni quindicesimo o ventesimo giorno il più tardi. Questa operazione è generalmente senza pericolo: però in alcune donne, è stata seguita da emorragia, da peritonite e da sincope, accidenti che spesso hanno prodotto la morte delle ammalate. Torna superfluo dire che la puntura è inutile se la materia contenuta nel tumore è troppo consistente, e se il liquido è chiuso in moltissimi sacchi separati gli uni dagli altri.

Alcuni hanno proposto di tentare la cura radicale della malattia mediante i mezzi chirurgici: quindi gli uni, dopo aver vuotato il tumore colla puntura, hanno iniettato i vapori o un liquido irritante; altri hanno inciso il cistico, dopo aver prodotto un' aderenza alle pareti addominali coi processi del Signor Récamier ed il Signor Begin. Però tutte queste operazioni sono per lo meno imprudenti, ed alcuni successi citati non saprebbero giustificarle. Per mostrare sino a quel punto bisogna essere circospetto, citerò il fatto di quella signora osservata dal Signor Marjolin, e nella quale la puntura, poi la iniezione nel cistico di una piccola quantità di acqua d' orzo con mele e tepida, bastò per infiammare il tumore ed il peritoneo e la morte fu la conseguenza in poche ore. In quanto al mezzo proposto da Augusto Bérard, consistente ad immettere nel cistico un

lungo ago per pungere, ferire ed eccitare la superficie interna, e favorire il movimento di assorbimento, non potrebbe nè essere approvato nè rigettato. So, dopo la pubblicazione della seconda edizione di questo libro, che la miglioria ottenuta da Bérard ne' due casi citati è stata incompleta e passeggera.

Per operare la cura radicale della idropisia cistica, si è infine proposta la estirpazione dell'ovaia. Gli uni fanno una incisione grandissima sull'addome per portar via tutto intero il tumore, ed allora si è spesso obbligato di prolungare la incisione dall'appendice sifoide sino al pube; altri si limitano ad incidere la parete addominale nella estensione di 8 a 12 centimetri; ma in questo caso si punge il sacco, ed una volta vuotato, si porta via al di fuori, si liga il peduncolo, e finalmente si estirpa. Questa grave operazione è universalmente riprovata in Francia, e non conosco che sia stata mai impiegata; però è consigliata da molti medici tedeschi, inglesi ed anglo-americani. Il Signor dottor Chereau in una serie di articoli molto ben fatti, pubblicati nella *Union médicale* (1847) à cercato d'introdurre l'ovariotomia appo noi. Egli à mostrato che su 83 donne sottoposte a questa operazione, 27 soltanto morivano per le sue conseguenze, e 42 guarivano completamente o rimanevano molto alleviate. Ne risulta che l'ovariotomia sarebbe meno spesso fatale delle altre grandi operazioni che si praticano ciascun giorno. Nonostante i fatti citati si abilitamente dal Signor Chereau, la questione che suscitiamo in questo momento non ci sembra ancora risolta; erédiamo, e questa è pure la opinione del Signor Chereau, che si ignorano tutti i casi di ovariotomia che ànno avuto un esito funesto, mentre ciascuno si è affrettato di pubblicare i casi felici. Checchè ne sia, torna impossibile disconvenire che l'ovariotomia riesca più spesso di quello si sarebbe creduto a priori; nonostante ciò, confesso temer troppo perchè osassi praticare o consigliare la estirpazione delle ovaie.

DE' PRODOTTI CORNEI ED EPIDERMICI

Vediamo qualche volta farmarsi sulla pelle e sulle membrane mucose, specialmente su quelle che sono esposte allo strofinio ed al contatto dell'aria, de' prodotti accidentali di natura cornea che si presentano sotto forma di squame dure o che formano de' tumori protuberanti analoghi alle corna. Questi ultimi, superficiali ed immobili, non si estendono mai più sotto del derma; si osservano specialmente sulle porzioni di pelle coperte de' peli, sono più comuni nelle donne che nell'uomo, e si os-

servano specialmente nelle persone adulte. In generale non ne esiste che una o due; altre volte se ne trova un gran numero disseminate sulla superficie del corpo, dove formano una protuberanza di circa 2 centimetrie qualche volta più di 30. Questi prodotti nascono per lo più spontaneamente; qualche volta sono la conseguenza di una contusione o di una irritazione qualunque. Il loro modo di formarsi è ancora inesplicabile. Bisogna considerarli, con Brechet, siccome una segrezion morbosa, anzichè ammettere, con Malpighi, che sono formati da un prolungamento nervoso del derma.

I prodotti cornei che si presentano in tal guisa sotto forma di tumori debbono estirparsi.

Per completare il nostro soggetto, ci rimane a parlare de' prodotti cornei o epidermici sotto forma di squame, che occupano una parte o anche la totalità o quasi totalità del corpo. Questi prodotti squamosi possono riportarsi a quattro tipi principali cioè: *ittiosi*, *pluriasi*, *lepra* e *psoriasi*.

DELLA ITTIOSI

L' *ittiosi* (da *ἰχθυς*, pesce) è una malattia caratterizzata dalla spessezza dell'epidermide, che forma delle squame più o meno larghe, dure e secche, di un bianco grigiastro e come inverniciate. La grossolana simiglianza che si è trovata tra questo stato e la superficie del corpo di certi pesci, à fatto dare alla malattia il nome che ella porta. Questa malattia è quasi sempre congenita; può anche essere accidentale. La prima è ordinariamente generale; la seconda comunemente circoscritta alle membra o al tronco. Quando la malattia è generale, spesso rispetta la palma delle mani il volto per intero o in parte, come le palpebre, che per lo più ne vanno esenti.

Sintomi. — Nella *ittiosi* poco grave, la pelle rimane molle, ma secca; sembra spessita; è disseminata di lamine di epidermide grigiasse e disseccate, il che imprime un aspetto rugoso, ineguale. Altre volte l'epidermide, essendo realmente spessito e screpolandosi in tutti i sensi, forma vere squame dure, grigiasse e di un bianco di perla la maggior parte delle quali è come inverniciata. Queste squame si distaccano o sono strappate dagli ammalati senza risvegliare nè dolore nè prurito. In generale la pelle non è mai la sede di alcun cambiamento. Questa escrezione sembra aver luogo qualche volta su certe parti, come i piedi, le ascelle, la testa, dove è molto bondante.

L' *ittiosi* congenita, poco pronunziata all' epoca della nascita, non si osserva che quindici giorni dopo, per lo stato appassito, grigiastro, secco della pelle, la quale alcune volte è già

screpolata. A misura che il fanciullo cresce in età, i caratteri dell' ittiosi addivengono più distinti.

L' ittiosi accidentale offre un corso più rapido; diminuisce e sparisce anche in certe epoche dell' anno, o pure per una malattia intercorrente, per ricomparire di bel nuovo. Queste alterative si osservano pure in quella congenita ma più di rado che in quella accidentale. La prima non guarisce forse mai; la seconda guarisce qualche volta, anche dopo una durata raramente minore di molti anni.

Diagnosi. — L' ittiosi congenita non può confondersi con alcun' altra malattia conosciuta. Quella accidentale e locale, se nello stesso tempo è leggiera, potrebbe considerarsi per un e-zema o per un lichene nel loro periodo di desquamazione; la secchezza delle superficie però, la durezza delle lamine, lo spessimento e la tinta grigiastra della pelle, faranno stabilire la diagnosi differenziale. In fine la psoriasi e la lepra differiscono dalla ittiosi per lo aspetto delle squame e per lo arrossimento che esiste.

Pronostico. — L' ittiosi non compromette affatto la esistenza; però il pronostico è grave in ragione della incurabilità della malattia.

Etiologia. — L' ittiosi congenita è quasi sempre ereditaria; sembra più comune negl' individui del sesso maschile. Nulla si conosca sulle cause produttrici.

Cura. — La cura della ittiosi congenita è palliativa; consiste ne' bagni a vapore, in bagni semplici o mucilagginosi. Tra i rimedi vantati contro la ittiosi accidentale, bisogna citare il catrame. Si sono pure ottenuti buoni effetti da' bagni ripetuti e da' vescicanti.

DELLA PITIRIASI (VOLATICA FORFORACEA VOLANTE)

La parola pitiriasi (da *πιτυρον* *crusca*) era usata presso i greci, ed anche a' giorni nostri per indicare una malattia della pelle nella quale questa membrana, diversamente colorata o conservando il suo colorito normale, presenta come fenomeno caratteristico una desquamazione dell' epidermide, che si distacca sotto forma di piccole lamine biancastre, pulverolenti, che anno paragonate ragionevolmente alla farina o alla polvere di crusca.

Questa malattia può essere limitata a certe regioni del corpo, al cuoio capelluto o alla faccia, per esempio; altre volte invade la totalità o la maggior parte dello involucri cutaneo. Se

ne distinguono tre varietà cioè: *pityriasis rubra, versicolor et nigra*.

La *pityriasis rubra* è una forma molto rara della malattia. La pelle presenta allora un arrossimento superficiale su i punti affetti; è secca e ricoperta di piccole squame biancastre, che si distaccano al menomo strofinio e qualche volta al più leggero movimento. Queste lamine si rinnovellano incessantemente. Gli ammalati provano ordinariamente un leggero prurito. La *pityriasis rubra* occupa in preferenza il cuoio capelluto (*pityriasis capitis*). È più frequente nelle persone di folta capellatura, che trascurano la nettezza, o che cadono nello eccesso contrario; i capelli finiscono per rendersi secchi e friabili, e son portati via in gran numero dal pettine. La pitiriasi della faccia si manifesta specialmente al mento, dove è quasi sempre sostenuta dall'azione del rasoio.

La *pityriasis versicolor*, chiamata altra volta *macchie epatiche*, è caratterizzata da macchie grigiastre, rossicce, giallastre o color di salferano, di variabile forma, ed estensione, più o meno ravvicinate, e separate da intervalli ove la pelle conserva il suo normal colorito. Queste macchie, che hanno sede specialmente sul petto, sul collo e sul ventre, si ricoprono di squame forforacee. Manca il prurito, o almeno è meno marcato di quello della precedente varietà. Nata il più delle volte sotto la influenza dello insolamento e per l'uso degli alimenti aromatizzati, la *pityriasis versicolor* è una malattia di poco rilievo, mai ligata, come lo pretendeva Alibert, a malattie viscerali.

La *pityriasis nigra* si presenta con tutti i caratteri della pitiriasi *rubra*, eccetto che le squame stanno sopra superficie di un nero più o meno carico.

Diagnosi. — La pitiriasi è di facile diagnosi. Vedremo essere essenzialmente differente dalla lepra e dalla psoriasi per la forma, la estensione ed il colorito delle squame. Si distingue dallo eczema e dal lichene per la mancanza della eruzione vescicolare e papolosa. Oltre a che la forma della desquamazione è differente: in fatti non si osserva in queste due ultime malattie, quella riproduzione continua di lamine forforacee che costituisce il carattere distintivo della pitiriasi. In fine la *pityriasis versicolor* si avvicina a certe efelidi pel colorito della pelle, però si distingue per la desquamazione, la quale è negativa nelle prime.

Pronostico. — La pitiriasi costituisce sempre una malattia benigna. Quella del cuoio capelluto è spesso ostinata, e può produrre l'alopecia.

Etiologia. — La pitiriasi è una malattia che osservasi in tutte le età; non è rara ne' neonati; occupa in essi il cuoio capelluto e compare dapprima sotto forma di una leggiera lordura, tosto sostituita da squame. Questa malattia riconosce spesso

per causa un sopraeccitamento della pelle prodotto dalla insolazione, da un regime riscaldante, la sporchizia, o la eccessiva nettezza.

Cura. — Le bagnature emollienti o leggermente alcaline l'uso delle pomate dolci ed alcuni lassativi, costituiscono tutta la cura del periodo acuto. Se à sede al mento, bisogna astenersi dal rasoio e tagliare la barba solamente colle forbici. La pitiriasi *capitis* de' neonati cede per lo più alle cura della nettezza, ad alcune lavande alcaline, ed alle frizioni dolci praticate con una scopetta fina. Contro la pitiriasi ostinata si opporranno i bagni di mare, le lavande clorurate (4 gram. in 500 gram. di acqua); le pomate astringenti fatte coll' allume, il borace, l'acetato di piombo. Il Signor Gibert consiglia pure, ne' casi ostinati, l'uso delle soluzioni arsenicali.

DELLA LEPRO

La parola *lepra*, impiegata da Ippocrate e da' medici greci per indicare in modo generico le malattie squamose della pelle, è stata più tardi distolta dalla sua accettazione, perchè oggi, nel linguaggio del volgo ed anche de' medici, l'espressione *lepra* risveglia la idea di una malattia grave, schifosa e disgustevole. Ma Willan le à restituito il suo primiero significato, che è stato adottato in Francia dalla maggior parte de' dermatologi, specialmente da Bielt, da signori Cazenave, Schedel e Gibert. Seguendo lo esempio di essi definiremo dunque la *lepra* (da *λεπρῆ*, *scaglia*) una eruzione squamosa, caratterizzata da piastre rotonde, elevate a' bordi, depresse nel centro, e ricoperte da squame sottili, di un colorito bianco argentino, scambiente, di perla. Sebbene si potesse sviluppare su tutte le parti del corpo, la lepra sembra assalire di preferenza le membra in vicinanza delle articolazioni, a' gomiti o alle ginocchia ed alla parte anteriore del tronco; si presenta con i sintomi seguenti.

Sintomi. — Sviluppa ordinariamente la lepra con piccoli punti rossi poco protuberanti al di sopra della pelle, che covresi tosto di squame sottilissime poco aderenti, che non tardano a cadere. Tosto queste piastre si dilatano ed acquistano una forma circolare. I dischi che caratterizzano la lepra àno una larghezza che varia da quella di un franco sino a quella di uno scudo; i loro bordi sono elevati, ricoverti di molteplici squame sovrapposte, grigiastre, secche ed aderentissime; al centro de' dischi la pelle è sana, e spesso depressa in ragione della elevezza de' bordi. In alcuni casi rari però, le squame esistono dappertutto; allora per la forma orbicolare delle piastre soltan-

to si distingue il carattere della malattia; queste piastre poi non sono sempre così distinte siccome le supponghiamo qui; in fatti molte tra esse si uniscono nel loro movimento periferico: succede allora che questo incontro o non nuoce per nulla alla forma esattamente circolare delle piastre le quali altro non fanno che intralciarsi, o pure succede che pel loro contatto, il loro sviluppo è siccome arrestato; i dischi sono allora difformati, appianati in alcuni punti della loro circonferenza.

Le piastre leprose sono per lo più indolenti o addivengono la sede di prurito o di qualche sensazione incomoda soltanto nelle circostanze che attivano la circolazione. Il loro sviluppo è luogo sempre lentamente, in un modo quasi insensibile e senza disturbo nella salute. Le piastre, dopo essersi sviluppate a' gomiti, le ginocchia o il ventre; invadono successivamente tutto il tronco, il cuoio capelluto e sin anche il volto e le mani. Le squame cadono, si rinnovano incessantemente, e lasciano dopo la loro caduta delle superficie leggermente protuberanti, indolenti, levigate, quando la malattia è recente, ineguali e solcate quando la eruzione è antica (Cazenave). Willan e poi Bielt ed il Signor Cazenave, hanno ammesso due varietà di lepra, cioè la lepra *alfoida* e la *nera*; la prima è distinta per le piastre piccolissime, e le cui squame sono di un bianco cambiante; nella lepra *nera* (*l. nigricans*) le squame sono nerastre.

La lepra dura indeterminatamente; finisce qualche volta spontaneamente al rinnovellamento delle stagioni, o pel cambiamento del clima, di abitudini, di regime; però è molto soggetta alla recidive. Quando tende alla guarigione, i dischi si abbassano, i loro bordi si restringono, le squame si fanno vieppiù sottili; si riproducono lentamente; le superficie che lasciano allo scoperto dopo la loro caduta sono meno rosse; in fine i cerchi si rompono, le protuberanze si appiano e la piastra scompare. Però questi cambiamenti ordinariamente hanno luogo con molta lentezza.

Diagnosi. — Vedremo or ora in che la lepra differisce dalla psoriasi: queste due malattie hanno però molto rapporto tra loro e sono delle specie che appartengono allo stesso genere. La lepra non potrebbe essere confusa che coll' *erpete circinatus*, colla *porigo scutulata* e colle sifilidi tubercolose. Bisogna però ricordarsi che nell' *erpete* non avvi che leggiera desquamazione, collocata sopra un fondo rosso, e che quasi sempre si osservano gli avanzi di vescichette; oltre a che il corso delle due malattie è talmente dissimile che per se solo le fa distinguere. La *porigo* non offre una certa somiglianza colla lepra del cuoio capelluto che allo sviluppo ed al suo declinare, quando la caduta delle croste lascia una superficie rossa in forma di anello; ma

lo sviluppo de' le pustole e la natura delle croste, l'alterazione delle bolle ed il carattere contagioso, non lasciano alcun dubbio. Finalmente abbiain detto che i tubercoli sifilitici disposti a guisa di cerchio, specialmente quando esistono sulla fronte o sul dorso, potrebbero simulare una lepra. La tinta di rame delle prime e la mancanza delle squame propriamente dette basterebbero per stabilire la diagnosi; ma oltre a queste differenze, si può esser convinto che in questa forma di sifilide non avvi, a propriamente parlare, cerchio completo, perchè i tubercoli, comunque vicini essi siano, lasciano tra loro degl' intervalli più o meno distinti.

Pronostico. — La lepra è senza pericolo; però è spesso ostinata ed anche incurabile, specialmente ne' vecchi.

Etiologia. — Rara nella infanzia, la lepra assale specialmente gli uomini; sono stati considerati come predisponenti alla lepra un regime acre, eccitante, l'abuso de' liquori spiritosi, le privazioni, i dispiaceri, la miseria, il sudiciume, lo esporsi ad una temperatura elevata; però la influenza di queste cause non sembra ancora sufficientemente dimostrata da' fatti. Checchè ne sia la lepra sembra essere qualche volta ereditaria, ma mai contagiosa.

Cura. La lepra essendo malattia ribelle, sono stati adoperati contro di essa una moltitudine di medicamenti. Così gl' Inglesi hanno vantato il rhus radicans il daphne mesereum, l'olmo piramidale e specialmente la dulcamara in decozione (da 16 a 64 gramme in una lib. di acqua), sostanze le quali sperimentate in Francia, pare abbiano qualche volta migliorato lo stato degli ammalati, ma di rado guariti. I purganti come la scialappa, la gomma gotta e l'aloe, non che i blandi purganti, e tra questi il calomelano sono di una reale utilità e costituiscono uno de' mezzi coadiuvanti più vantaggiosi. Il calomelano non agisce che per le sue proprietà purgative ed affatto a titolo di alterante o di specifico. L'antimonio ed il suo solfuro, il sublimato ed anche il catrame vantati da moltissimi, son sembrati poco efficaci a Bielt ed al Signor Cazenave, mentre quest'ultimo si loda molto delle preparazioni solforose, specialmente delle acque minerali amministrate internamente o sotto forma di bagni. Però lo zolfo à poca azione sulla lepra inveterata e molto estesa: per questa bisogna adoperare la tintura di cantaridi e le preparazioni arsenicali. Il Signor Cazenave preferisce la prima nelle donne e ne' giovanetti, e la cui lepra offre i caratteri della forma *albide*. È stata amministrata a principio alla dose di 4 o 5 gocce la mattina a digiuno sciolta in una piccola quantità di tisana; si aumenta di alcune gocce in ogni sesto o ottavo giorno, in modo da giungere progressivamente si-

no a 30 o 40 gocce, dose la quale si oltrepassa di rado. Le preparazioni arsenicali richiedono, per poterle usare, la integrità delle vie digestive: ora si amministra la soluzione di Pearson (contenente 5 centigramme di arsenite di soda in 30 gram. di acqua distillata) alla dose di 1 a 4 gramme in un veicolo semplice, o pure allo esempio di Bielt, si prescrive l'arsenite di ammoniaca alla dose di un dodicesimo di acino al giorno in una soluzione. In generale però si preferisce la soluzione di Fowler (30 centigramme di arsenite di potassa in trenta gram. di acqua) della quale si comincia a darne 3 o 4 gocce, aumentando progressivamele sino a 12 o 15, quantità che non conviene oltrepassare. Bisogna pure interrompere di tempo in tempo la cura, onde lasciare in riposo gli organi, poi riprendere, ricominciando da piccole dosi. Questi medicamenti spesso àuno recato in pochi mesi la guarigione della lepra, che, per molti anni si mostrava ribelle alle cure più energiche e più variate.

Convienne unire al medicamento interno i mezzi locali che soli di rado procurerebbero una guarigione radicale. Questi mezzi sono i bagni semplici, solforosi, i bagni di mare e quelli a vapore, i fomenti solforosi, diverse pomate nelle quali entrano gli ioduri di ferro o di solfo (1 a 4 gramme in 30 di sugna), il proto ioduro o protonitrato di mercurio (1 gram. su 30.), il catrame; in fine quando la malattia resiste a tutti i mezzi ostinatamente, bisogna modificar la vitalità delle parti colla canterizzazione o l'applicazione ripetuta molte volte de' vescicanti. Non è parlato degli antilogistici, perchè questi agenti conven-gono soltanto in alcuni casi eccezionali e solo momentaneamente.

DELLA PSORIASI

La psoriasi è una malattia caratterizzata da piastre più o meno estese, irregolari protuberanti e ricoverte di squame sottili, secche di un bianco cambiante. È una malattia che consideriamo identica alla lepra, perchè presenta la stessa forma elementare, siegue lo stesso corso, ed esige la stessa cura. Ne differisce soltanto per la forma della eruzione, la quale nella lepra si presenta con piastre orbicolari, rotonde, co' bordi elevati ed il centro sano, mentre nella psoriasi sono piccole piastre irregolari, di alcuni millimetri di estensione, esistenti in maggiore o minor numero, simili alle gocce di liquido che sarebbero state spinte sopra uno o molti punti della pelle: la *psoriasis guttata* è quella che osservasi in preferenza alla faccia esterna delle membra ed alla parte posteriore del tronco: o pure sono piastre estese, irregolari, angolari, che invadono tut-

to un membro o tutto il corpo: questa è la *psoriasis diffusa*. In quest' ultima forma la pelle è qualche volta spessita, indurata, rossa e screpolata (*psoriasis inveterata*), o pure le piastre squamose, o a fettuccia, si ripiegano su di loro stesse in forma spirale (*psoriasis gyrata*).

La psoriasi offre ancora certi caratteri particolari secondo la sede che occupa. Quindi se affetta il prepuzio, produce uno spessimento considerabile delle ripieghe, e ne restringe l'orificio, il quale è rosso e screpolato: le grandi labbra nelle donne possono presentare una lesione analoga. Se la sede alle labbra, queste presentano al loro bordo libero una superficie raggrinzata, screpolata e dura. Se le palpebre sono invase, esiste ordinariamente lo edema ed un vivo arrossimento della congiuntiva. Nella psoriasi che assale la palma della mano, si trova sempre la pelle rossa, elevata e profondamente screpolata, specialmente alla faccia interna delle dita; si covre di una squama bianca, secca e aderente. Se la malattia dura lungo tempo, le unghie si deformano, si atrofizzano, si ammolliano e cadono.

La psoriasi è, come la lepra una malattia ostinata; essa non è nè dolorosa nè grave, ma incomoda. Si usa la stessa serie di mezzi che abbiamo estesamente enumerati parlando della lepra; quindi le preparazioni arsenicali ed i sudoriferi internamente, i bagni semplici, alcalini, solforosi, i bagni e le docciature a vapore esternamente, coadiuvati da' purganti, sono i mezzi de' quali la esperienza sembra aver meglio dimostrato la utilità. Il Signor Emery, medico dell' ospedale Saint-Louis, si loda specialmente della pomata di catrame (catrame 100 gramme, sugna 300); altre volte sostituisce il catrame da uno de' suoi prodotti, la naftalina concreta (2 a 4 gramme in 30 di sugna).

DE' PRODOTTI CARTILAGINEI ED OSSEI

Non esiste quasi alcun tessuto della economia che non potesse subire la trasformazione cartilaginea ed ossea, però non sono tutti egualmente predisposti. Nessuno è tanto frequentemente colpito quanto le cartilagini e le fibro-cartilagini; vengono appresso i tessuti fibroso e cellulare: questo è quasi la sede esclusiva delle cartilaginificazioni e delle ossificazioni che dicono aver qualche volta trovate nelle membrane sierose, e che quasi sempre hanno sede al di sotto di esse. Altra volta l'ossificazione si trova manifestamente alla superficie della membrana sierosa; però è ancora estranea per questa, e risulta dalla trasformazione che ha subito una falsa membrana, la quale dap

prima albumino-fibrinosa, e poscia cellulosa, si rende atta a presentare tutti i prodotti morbosi e subire le degenerazioni del tessuto cellulare naturale. Le ossificazioni che abbiamo indicate siccome comuni nel tessuto cellulare sottosiero, si osservano per lo contrario di rado nel tessuto cellulare che riveste le membrane mucose. Le cartilaginificazioni e le ossificazioni sono comuni dappertutto dove esistono tessuti fibrosi. In fatti nella membrana fibrosa d' involucrio hanno sede quelle piastre cartilaginee, poi ossee, che si trovano alla superficie de' reni, del fegato e specialmente della milza. Questi prodotti sono tanto più comuni in quanto che gl' individui sono più vecchi; perchè, ne' vecchi, i depositi di fosfato calcareo tendono a formarsi sopra moltissimi organi, e specialmente nel sistema vascolare a sangue rosso, dove in fatti esiste molto tessuto fibroso. Le ossificazioni e le cartilaginificazioni si osservano per lo contrario poco spesso nel tessuto muscolare, e nelle mucose, ma poco più di rado nei parenchimi. In questi ultimi, esse si sviluppano quasi sempre a spese del tessuto cellulare, o pure risultano dalla trasformazione di qualche prodotto morboso. In fatti la ossificazione non solo colpisce i tessuti naturali, ma può anche invadere i prodotti patologici; quindi è che si trasformano in materia calcarea ed ossea le false membrane delle sierose, le concrezioni albuminose e fibrose del cuore, i cistici, i prodotti fibrosi, e specialmente quelli dell' utero e del cuore, la materia ateromatosa che si sviluppa tra le tuniche arteriose; anche i tubercoli si veggono qualche volta penetrati ed anche trasformati in materia ossiforme. Le ossificazioni, qualunque sia la sede, stanno sempre più o meno aderenti a' tessuti: alcune volte si trovano nelle cavità accidentali delle masse ossiformi anfore nello stato libero; non credo che siano state mai vedute nelle cavità naturali. Non ha luogo lo stesso de' prodotti cartilaginei particolarmente osservati nelle cavità sierose e sinoviali, aderenti ora per un prolungamento membranoso ad uno de' punti della parete, ma esistendo qualche volta intieramente liberi. Torna difficile spiegare l'origine di questi prodotti. Si sono essi formati a spese del fluido esalato? o pure, ammettendo la teoria di Laënnec e di Béclard, diremo che, nati alla superficie esterna della membrana sierosa o sinoviale, hanno spinto quest'a innanzi ad essi, e dopo averla consumata e distrutta, si sono distaccati e son caduti liberi nella cavità? Torna impossibile poter ciò affermare (1).

(1) Il Signor Ducrest ha descritto nel t. II des *Mémoires de la Société médicale d'observation* un prodotto accidentale, prima analogo alle cartilagini, che prendono poscia la consistenza delle ossa, e che si sviluppa sul

Non cade dubbio che in alcuni casi la ossificazione, specialmente quella de' tessuti fibrosi o cartilaginei, possa essere prodotta sotto la influenza di un lavoro infiammatorio sviluppato nella vicinanza. Ciascuno sa che i muscoli si ossificano spesso attorno al focolare di una frattura; vediamo tutti i giorni le cartilagini della laringe ossificarsi in vicinanza di un'ulcera della mucosa; un'ulcera carcinomatosa delle mammelle attiva il lavoro di ossificazione delle cartilagini costali sottostanti; in fine si conosce lo esperimento del Signor Rayer, il quale irritando artificialmente la fibro-cartilagine dell'orecchio di un coniglio, vide questo tessuto ammolirsi, poi una materia gialla depositarsi quà e là nella sua trama; poi in fine una materia calcarea formarvisi ed una vera ossificazione prodursi. Però la infiammazione è ben lungi da essere la causa più comune ed anche la causa ordinaria delle ossificazioni accidentali. Tutti giorni si osservano di questi prodotti morbosi in moltissimi organi, senza che lo studio degli antecedenti, il paragone de' sintomi e lo esame necroscopico potessero fare ammettere la esistenza di una flemmasia antecedente; allora è giuoco forza ricorrere qui, come nelle altre trasformazioni organiche, ad un semplice perversimento dell'atto nutritivo.

Le cartilaginificazioni e le ossificazioni morbose non si presentano sempre sotto lo stesso aspetto: ora sono disposte sotto forma di granulazioni di un volume in generale poco considerabile, che non oltrepassa quello di un pisello, disseminate o confluenti; disposizione che mostrasi specialmente sulle membrane fibrose e specialmente su quelle de' cistici. Altra volta, la ossificazione e la cartilaginificazione sono disposte a guisa di lamine o di piastre irregolari aderenti più o meno al tessuto sottostante; ciò vedesi frequentemente nel tessuto cellulare laminare che riveste le sierose, come la pleura, il pericardio, il peritoneo e l'aracnoide cerebro-spinale. Alcune volte la ossificazione e la cartilaginificazione esistono uniformemente sopra una grande superficie, dove sono disposte sotto forma di strati sottili; perciò osservasi qualche volta la tunica fibrosa della milza, la tunica albuginea del testicolo, completamente ossificate in una grande estensione; non è ne meno raro osservare la membrana fibrosa di un cistico trasformata in un guscio solido intieramen-

cranio delle donne nel parto tra la dura madre e le ossa; questi organi non presentano alcuna lesione speciale. La presenza di questo prodotto non dà luogo ad alcun sintomo particolare. Torna impossibile dare una spiegazione soddisfacente della formazione di questo singolare prodotto, il quale è soltanto un interesse di anatomia patologica.

te cartilagineo o osseo. Quando la ossificazione o la cartilaginificazione affetta questa disposizione, chiamasi *membraniforme*.

Il tessuto osseo accidentale non presenta da per tutto la stessa struttura. Ora, dice il Signor Andral, è una massa omogenea senza apparenza di fibra, senza distinzione di sostanza compatta o spungiosa; la sua consistenza può essere eguale, inferiore o superiore a quella dell' osso. Gli acidi sciolgono qualche volta interamente queste masse, le quali non somigliano alle ossa che pel loro colorito, la loro consistenza, e la esistenza de' sali fosfatici, ma non presentano mai la trama organica che trovasi nelle vere ossa. Però alcune volte, specialmente quando la ossificazione è membraniforme o sotto forma di lamina, il tessuto osseo accidentale somiglia affatto allo strato compatto delle ossa. Vi si distinguono qualche volta le fibre raggrianti o incrociate. Qualche volta vi si scovre un poco di sostanza spungiosa; però dice il Signor Andral che a ciò si limitano i ravvicinamenti possibili a stabilirsi sotto il rapporto della tessitura tra i tessuti ossei naturale ed accidentale. Ciò verificasi quasi esclusivamente ne' casi soltanto in cui in vece di una porzione di osso distrutto, il periostio o la membrana midollare si trasformano in un novello osso il quale rappresenta esattamente la tessitura di un osso nello stato normale, e ciò non à luogo che lentamente. Il tessuto osseo accidentale contiene, come il tessuto osseo naturale, il fosfato ed il carbonato di calce; però in essi questi due sali sono sempre uniti ed in proporzioni che non variano affatto, salvo alcune differenze apportate dalla età o dalle malattie. Nelle ossa accidentali, per lo contrario, queste sostanze esistono qualche volta isolatamente, e quando sono riunite, niente è più variabile quanto le loro rispettive proporzioni. Da ciò risulta che la ossificazione morbosa non è identica alla ossificazione naturale. Almeno esiste differenza tra le cartilagini naturali e le accidentali. È vero che queste passando per diverse fasi di evoluzione, non sono tosto perfette; ma presto o tardi acquistano un aspetto ed una tessitura analoghe intieramente allo aspetto ed alla tessitura delle cartilagini naturali.

DE' PRODOTTI CARTILAGINEI ED OSSEI

DEL CUORE

Si trovano spesso nel cuore i prodotti cartilaginei ed ossiformi; essi occupano quasi sempre gli orifici arteriosi e ventricolari o le valvole che li guarniscono. In alcuni casi rarissimi, una o molte delle colonne carnose ed i fasci muscolari del-

le pareti hanno subito la trasformazione cartilaginea ed ossea. In generale quest' alterazione è molto circoscritta: però si è veduta qualche volta estendersi ad una parte del cuore. Tra i fatti di questo genere riportati dagli autori, uno de' più distinti è quello del quale è dato la storia il Signor Renauldin nel giornale di Corvisart (anno 1816). In questo caso, il cuore era estremamente duro e pesante; quando si volle incidere il ventricolo sinistro, si provò una grande resistenza, causata dal cambiamento totale di questa parte carnosa in una vera pietrificazione che aveva un' apparenza di sabbia in certi punti, e somigliava in altri ad una cristallizzazione salina. Le colonne carnose, egualmente pietrificate senza aver cambiato di forma, avevano acquistato un considerevole volume; perchè molte eguagliavano la grossezza della estremità del dito minimo ed avevano l' aria di vere concrezioni pietrose. Burns parla di un fatto anche più straordinario, poichè i ventricoli, completamente ossificati in tutta la loro estensione, somigliavano alle ossa del cranio; però lo ripetiamo, i casi di questo genere sono eccessivamente rari. Queste ossificazioni si osservano specialmente ne' vecchi; esse hanno sede il più dolle volte sul ventricolo sinistro.

Per quanto le precedenti lesioni sono rare sul tessuto carnoso del cuore, altrettanto esse sono comuni sugli orifici arteriosi e ventricolari, come pure sulle valvole che li guarniscono: ce ne siamo occupati parlando de' restringimenti del cuore. Abbiain veduto che questi prodotti cartilaginei ed ossei potevano essere il risultato delle trasformazioni alle quali andavano soggette le concrezioni fibrose o albumino-fibrose sviluppate sulle valvole in seguito di un lavoro infiammatorio. Più spesso però le alterazioni di cui trattasi hanno un'altra origine, e risultano manifestamente da un perversimento della nutrizione che à luogo quasi sempre pel progresso della età. Quindi lo endocardio, che ne' giovani è trasparente egualmente da pertutto, acquista tosto la opacità ed una maggiore spessezza; queste lesioni che si rinvencono nelle cavità sinistre soltanto, cominciano presso le valvole sigmoidi e si estendono poscia ad una maggiore o minor superficie. La cartilaginificazione delle valvole, lesione frequente, non dipende ordinariamente da un cambiamento di stato dello endocardio, ma dallo spessimento e poi dalla trasformazione della striscia fibrosa che entra nella struttura degli orifici e delle valvole. I prodotti ossei che osservansi sì spesso a questo livello nascono quasi sempre al di sotto dello endocardio, ed hanno per origine, siccome lo à dimostrato il Signor Bizot, piccole macchie di un bianco giallastro della estensione di un granello di polvere o di sabbia, non protuberan-

ti, isolate o riunite, che trovansi sotto lo strato che tappezza lo interno delle valvole sigmoidi sinistre ed il loro bordo aderente, come pure la valvola mitrale, esclusivamente sulla superficie ventricolare e mai su quella che riguarda la orecchietta.

Queste macchie gialle non si aumentano affatto, secondo il Signor Bizot, che in superficie, e la trasformazione ossea è quasi la sola di cui sono suscettibili. Questa trasformazione à luogo nell'ordine dell'apparizione delle macchie. I granelli ossei si presentano sotto la forma di piccoli corpi duri, circondati da una leggiera quantità di materia ateromatosa; sono ricoperti dalla membrana interna, che distruggono più tardi aumentandosi. Ora presentano piccole lamine a superficie levigata, ora sono protuberanti; arrotondate, ed offrono delle ingegnanze che protuberano allo interno della valvola, la quale si deforma e s'indura, siccome lo abbiamo detto precedentemente parlando de' restringimenti degli orifici cardiaci. Le precedenti lesioni sono in ragion diretta della età degl'individui, e si manifestano più facilmente nella donna che nell'uomo. Non si rinvencono affatto, come la opacità dello endocardio, che sulle valvole delle cavità sinistre, il che non dipende, come lo credeva Bichat, da una differenza di organizzazione che esisterebbe tra la membrana interna delle cavità destre e quella delle cavità sinistre; ma bisogna piuttosto invocare, col Signor Bizot, la natura differente del liquido col quale sono in contatto.

Sintomi. — Laënnec credeva che le ossificazioni della sostanza muscolare del cuore avevano per effetto di aumentare la forza de' battiti e la intensità de' rumori a tal segno che dovevano essere avvertiti in distanza. Nel caso riportato dal Signor Renauldin, la mano applicata sulla regione precordiale provava una specie di spostamento da' lati, e quando si premeva, anche leggermente, questa regione, si risvegliava un dolore acutissimo, che durava lungo tempo dopo la compressione; esistevano pure vive e frequenti palpitazioni. Sin ora nulla si conosce di preciso su i disturbi funzionali che le ossificazioni e le cartilaginificazioni della sostanza del cuore possono produrre. In quanto alle ossificazioni degli orifici e delle valvole, rimandiamo a ciò che abbiamo detto parlando de' restringimenti degli orifici cardiaci.

DE' PRODOTTI CARTILAGINEI ED OSSEI
DELLE ARTERIE

Abbiamo detto nel tomo primo parlando dell' arterite, quale sia la origine e la situazione delle piastre cartilaginee delle arterie ; non vi faremo ritorno in questo articolo ; però dobbiamo occuparci attualmente de' prodotti ossei o ossiformi che si frequentemente si rinvencono alla superficie interna de' vasi arteriosi. Per questo studio non sapremo far di meglio che copiare dal Signor Bizot i risultati ottenuti dalle sue belle e laboriose ricerche.

Esaminando attentamente, dice il Signor Bizot, la faccia interna di un' arteria, la quale al primo colpo di occhio, non sembra presentare alcun' alterazione, l'aorta, per esempio, di un individuo di quattordici a diciotto anni, si trovano, in vicinanza delle arterie coronarie e degli orifici delle arterie innominata, carotide, suclavie sinistre ed arterie intercostali, piccolissimi punti di un bianco giallastro, identici a quelli che abbiamo precedentemente notati sulle valvole delle cavità sinistre. Al loro livello ed intorno, la membrana interna dell' arteria è perfettamente trasparente ; essa offre la sua spessezza e la sua consistenza ; portando via de' pezzi della membrana interna, si distaccano pure piccoli punti gialli che aderiscono quantunque debolmente, alla faccia interna di questa tunica. Pur tuttavia, il Signor Bizot ha conosciuto che questi piccoli punti gialli, che ei chiama *macchie rudimentarie*, si sviluppavano prima nel tessuto cellulare esistente tra le due membrane interne del vaso ; più tardi queste macchie aumentano ed aderiscono esclusivamente alla membrana media, che si ammolisce. Da quest' alterazione il Signor Bizot fa derivare la maggior parte delle lesioni croniche delle arterie. Quindi, secondo lui, si veggono nascere qualche volta su queste macchie piccoli tumori, dei quali gli uni contengono pus, altri una materia come farinacea, secca, umida, ma sempre giallastra ; o pure è una massa composta di un gran numero di piccole mollecule tenuissime e risplendenti, le une biancastre ed argentine, le altre giallastre e molto simili alla polvere di oro. Questi piccoli focolari consumano qualche volta la membrana interna, la quale si rompe, ed allora si vede un maggior o minor numero di ulcerazioni. Più spesso ancora questa materia semi fluida si condensa, e forma questi ammassi di materie ateromatose che si frequentemente si rinvencono ne' vasi. In fine altre volte le macchie primitive provano la *trasformazione ossea*.

Nel loro centro si sviluppa allora un punto duro, semi-trasparente, dello stesso colorito della macchia. Dapprima tenue, questo nocciolo aumenta a poco a poco, aumentandosi più in larghezza che in spessore, ed invadendo vieppiù la tunica media; a poco a poco anche la membrana interna è assottigliata, consunta distrutta, in guisa che le lamine ossee si trovano in contatto col sangue. Queste ossificazioni sono più o meno numerose; formano qualche volta uno strato quasi uniforme ed occupano tutta la circonferenza ed una considerabile lunghezza del vaso.

Le precedenti lesioni, che abbiamo considerate specialmente nell'aorta, si trovano ancora nelle arterie delle membra. Vi anno pure, come punto di partenza, le macchie rudimentarie delle quali abbiamo parlato. Queste si mostrano tanto più presto in quanto l'arteria è più vicina all'aorta; sono in rapporto diretto colla età degl'individui, e sono egualmente frequenti ne' due sessi. Il Signor Bizot a riconosciuto in oltre che esse si sviluppavano in modo simetrico; cioè che quando se ne trovavano in un'arteria di un lato del corpo si poteva quasi affermare che ne esistevano di simili ne' punti corrispondenti dell'arteria del lato opposto.

In riassunto dunque, secondo il Signor Bizot, le lesioni comuni a tutto il sistema arterioso anno per punto di partenza una piccola macchia gialla sviluppata tra le tuniche interna e media; questa, una volta formata, si aumenta a spese del tessuto istesso della membrana fibrosa, della quale provoca lo ammollimento e lo spessimento; poi subisce due differenti modifiche, la *ulcerazione* e la *trasformazione ossea*. In alcuni casi però, la membrana media può essere colpita primitivamente; essa non subisce allora che una sola trasformazione, la solidificazione delle sue fibre, le quali; dapprima giallastre e più elastiche, si ossificano in seguito ed offrono ne' punti alterati un vero assottigliamento.

Ci siamo già molte volte spiegati sulla origine delle concrezioni ossee che esistono nel sistema circolatorio. Le ricerche del Signor Bizot anno gettato un lume novello sulla patogenia di questi prodotti. Non cade dubbio che queste possono avere qualche volta per punto di partenza un lavoro infiammatorio; e ciò à luogo specialmente per le piastre cartilaginee *sottostanti* alla membrana interna. Però a qualunque età esse si osservino, nella quasi totalità de' casi, non si può colpire l'azione di alcuna causa manifesta. Se lo individuo è vecchio non si vedrà nelle ossificazioni che un effetto della tendenza naturale che anno i tessuti fibrosi ad incrostarsi di sali calcari. Se lo individuo è giovane, bisogna supporre uno special perversimento

della nutrizione che provoca ne' tessuti delle lesioni che non avrebbero potuto prodursi se non che ad un' epoca molto più lontana. Conveniamo, dando termine, che queste lesioni quasi sconosciute nelle vene, sono comuni nelle arterie, il che dipende ad un tempo e dalla diversa natura del sangue che circola ne vasi e dal perchè lo elemento fibroso è più bondante, più sviluppato nel sistema circolatorio a sangue rosso.

Abbiam veduto che gl' incrostamenti ossei delle arterie erano causa di aneurismi, che potevano diminuire il calibro del vaso, che impedivano il corso del sangue e favorivano la formazione de' grumi.

Non è sempre possibile diagnosticare durante la vita le ossificazioni dell' aorta, però è facile qualche volta; quindi è che bisognerà ammettere la esistenza di questa lesione, quando applicando l' orecchio sul tragitto dell' aorta, si sentirà un rumore di strofinio aspro, esteso, che il Signor Bouillaud à giustamente chiamato *rumore di striglia*, e che si accompagna ad un fremito vibratorio più o meno forte. Questi fenomeni, si comprende facilmente, sono prodotti dagli strofini che la colonna sanguigna esercita sopra una superficie ineguale. Torna superfluo dire che le ossificazioni dell' aorta, comunque numerose esse siano, non producono necessariamente i disordini nelle funzioni del cuore. Quando le alterazioni di cui trattasi anno sede in un' arteria superficiale, questa è ineguale, dura al tatto, e spesso non può essere depressa; è questa una delle cause della forza e dell' ampiezza del polso ne' vecchi. Se il calibro è ristretto, si sente a questo punto un rumore di raspa o di soffio.

DE' POLIPI

Si conosce che sotto il nome di *polipi* si comprendono diverse escrescenze variabili per la forma, il volume, la consistenza e la struttura, e che si sviluppano nelle cavità rivestite dalle membrane mucose. Questi prodotti morbosi, nascendo ordinariamente ne' punti accessibili alla vista o a' nostri istrumenti, come le fosse nasali, la faringe, la vagina l' utero, il retto ed il condotto uditorio ed esigendo l' uso de' mezzi chirurgici, anno dovuto entrare necessariamente nel dominio della patologia esterna, e quindi li passeremo sotto silenzio; ma vogliamo chiamare un momento l' attenzione sulla esistenza di certi polipi nascosti nella profondità de' visceri, i quali si manifestano soltanto per i disturbi funzionali, e che inaccessibili a' mezzi chirurgici, debbono trovar posto in questo libro. Tali sono i polipi che nascono nel tubo gastro-intestinale ed in una parte delle vie

respiratorie; cercheremo in fine di conoscere se si sviluppano nel cuore de' prodotti che possono essere assimilati a' polipi.

DE' POLIPI DELLO STOMACO E DEGL' INTESTINI

Quasi tutti i prodotti di apparenza poliposa che si formano alla superficie degli organi digestivi, sono per lo più vegetazioni cancerigne; ne parleremo altrove. In alcuni casi rarissimi però, si veggono nascere sullo stomaco, e specialmente sugli intestini, veri polipi, mucosi o fibrosi, semplici o moltiplici, pedunculati o a larga base, e che ordinariamente non si manifestano con alcun accidente: non però così avviene quando pel loro volume, essi recano ostacolo al corso delle materie alimentizie. Quindi un polipo dello esofago produce tutti gli accidenti propri de' restringimenti di questo condotto; piantato nello stomaco, il polipo non risveglierà forse alcun disordine, o pure si limiterà a rendere le digestioni stentate e dolorose. Se poi, come il Signor Husson ne ha osservato un esempio, il prodotto morboso s' impegna nell' orificio pilorico; e vi si mantiene in modo permanente, determinerà la maggior parte degli accidenti che accompagnano la degenerazione scirroso del piloro: quindi vi saranno vomiti di viscido ed alimentizi, dolori più o meno vivi, le digestioni addiverranno impossibili, e la morte avrà luogo in uno stato di marasmo. Allora forse mancheranno i vomiti melanotici e la tinta cancerigna; ma pure allora sarà impossibile conoscere la vera natura della malattia. Confessiamo però che un polipo disposto in modo da chiudere il piloro è una lesione talmente rara, che appena si dovrà sospettare dall' uomo dell' arte.

I polipi intestinali non possono, come quelli dello stomaco, essere conosciuti durante la vita, se non quando sono impiantati sulla metà inferiore del retto. In qualunque altro luogo sono causa di diarrea e più spesso di costipazione; e se il tumore, aumentando mai sempre, chiude il calibro dell'intestino, gli ammalati potranno perire con tutti gli accidenti dell'ileo. Forse più spesso il polipo, spinto vivamente dalle contrazioni peristaltiche, può trascinare con se la porzione d'intestino alla quale sta aderente, e stabilire così lo invaginamento dello estremo superiore nello estremo inferiore.

Si comprende la possibilità di una guarigione spontanea di questi tumori, i quali possono in fatti distaccarsi quando sono pedunculati, e quindi espulsi dalle contrazioni dello intestino; ciò è stato qualche volta osservato per i polipi del retto; in questi casi però la malattia va soggetta alle recidive.

DE' POLIPI DELLE VIE AEREE.

La mucosa laringo-tracheo-bronchiale è una di quelle che più di rado producono i tumori poliposi. Però ne esistono alcuni esempi nella scienza: quibdi Lieutaud, Desault e Pelletan, Otto, i signori Trouseau e Belloc, Senn, Dawoski, Albers, Rendtorf, Rom, Girardin, ne hanno veduto nascere su i ventricoli della laringe, Muray ed alcuni altri ne' bronchi. Il Signor Eherrmann figlio à composto su i primi una eccellente tese (Strasbourg, 1 42) nella quale à riunito circa sedici casi. La maggior parte (12 su 14) sono stati osservati nell' uomo; sono stati veduti specialmente nella gioventù e nella età adulta. Le cause di questi prodotti sono affatto ignorate.

Anatomia patologica. — La strottura di questi polipi varia moltissimo: qualche volta è una massa scirroso, come nel fatto citato da Pelletan; altre volte è un prodotto fibroso (Senn, Girardin), cartilagineo (Dawoski), carnoso (Otto). I dintorni della glottide, cioè le corde vocali, ripieghe ariteno-épiglottiche ed i ventricoli, sono i punti su i quali si sviluppano in preferenza; una sola volta, secondo il Signor Eherrmann, dal quale copio questi risultati, il prodotto morboso s' inseriva al punto di unione della laringe colla trachea. La maggior parte di questi polipi sono peduncolati e mobili. Questa disposizione e la loro inserzione in vicinanza della glottide spiegano il pericolo della loro presenza.

Sintomi, esiti. — Quando i polipi si sviluppano in uno de' bronchi, il volume dell' aria che penetra a ciascuna inspirazione essendo meno considerabile, il rumore respiratorio è più o meno indebolito in tutto il lato del petto; questo indebolimento non è percepito che in una estensione più o meno circoscritta, se la chiusura colpisce soltanto una delle divisioni de' bronchi; la dispnea, per quanto è permesso giudicarne dall' analogia, deve essero negativa o leggiera.

I polipi che occupano la trachea o la laringe possono rimanere per lungo tempo nello stato latente, quando poco voluminosi e posti sulla direzione del condotto, non si oppongono alla introduzione dell' aria: ma presto o tardi accade che, spinti in alto da uno sforzo espiratorio e specialmente in una scossa di tosse, questi corpi si collocano a traverso e qualche volta s' impegnano tra le due labbra della glottide. Gli ammalati sono presi allora istantaneamente da una estrema dispnea, e se l' ostacolo non si sposta prontamente, questi esseri muoiono soffogati in pochi istanti, e prima che alcun soccorso loro si potesse ammi-

nistrare. Questi accidenti però possono scomparire affatto e riprodursi in seguito ad intervalli più o meno ravvicinati, senza che tra essi esistesse alcun notevole disturbo. Però questa intermittenza è rarissima, ed in tutti i casi circa, i polipi della laringe determinano accidenti continui: quindi la voce è rauca; avvi afonia e tosse. Questa presenta qualche volta un suono chiaro e somiglia alla voce del crup. La espettorazione, poco abbondante allo sviluppo, addiuvata mucosa. Due volte si è veduto (Otto, Ehrmann padre) che gli ammalati sputavano una materia rossastra e carnosa, che altro non era se non che avanzzi di polipo. Quest'individui hanno la sensazione di un corpo estraneo nella laringe; soffrono dispnea; le inspirazioni sono penose, sibilanti; il mormorio vescicolare è indebolito ne' due lati ad un tempo, pel volume minore della colonna dell'aria; in fine, o presto o tardi, la morte à luogo bruscamente in mezzo ad un accesso di soffocazione. Non si conosce sin ora, io credo, che un solo caso ove quest' esito non abbia avuto luogo: è questo un fatto citato in questi ultimi tempi dal Signor Ehrmann padre.

Cura. — Il solo mezzo efficace per salvare lo ammalato consiste a praticare la laringotomia, poi estirpare il polipo. Questa doppia operazione è stata recentemente praticata col maggior successo dal professor Ehrmann, di Strasbourg. Credo che questo sia il solo caso che si potesse citare come felice. Diciamo però, dando termine, che nella laringe si sviluppano de' tumori pedunculati, di origine sifilitica, i quali determinano quasi gli stessi accidenti de' polipi: così in tutti i casi in cui, per i sintomi che si osservano, si sospetterà nella laringe la esistenza di un tumore, se, per gli accidenti o in virtù dello stato attuale, si à qualche ragione di credere che la malattia è di natura sifilitica, bisognerà tentare una cura specifica, a meno che gli accidenti non sian sì gravi che richiedono al momento lo intervento chirurgico.

DE' POLIPI DEL CUORE

Ne' più recenti trattati, pubblicati in Francia ed in Inghilterra, sulle malattie del cuore, sotto il titolo di polipi, non si tratta che di concrezioni sanguigne. Oggi però è dimostrato che possansi sviluppare nelle cavità di quest'organo novelli prodotti, analoghi o identici per la loro struttura a polipi fibrosi e fungosi, i quali nascono nelle fosse nasali e nell' utero. Questi casi sono più rari, e sin oggi la scienza non ne possiede che sette di autentici. Il primo caso è stato rapportato da Burns al principiar di questo secolo (*Diseases of the heart*); due sono sta-

ti raccolti da' signori Choisy e Dupuisaye, i quali hanno presentato i pezzi patologici alla Società anatomica: il primo nel 1833; il secondo nel 1843. Il Signor Dubreuil (di Montpellier) è inserito nella *Gazette médicale* (1843) due altri casi che gli erano stati comunicati : in fine nella *Gazette médicale de Londrès 1834* e la *Lancette anglaise* del 1845 contengono la storia di due altre osservazioni le quali sono state analizzate, come le precedenti, negli *Archives* del 1846 dal dottor Aran. In questi sette casi, trattasi di un tumore quasi sempre peduncolato il quale sei volte nasceva nella orecchietta sinistra ed una volta nella destra (obs. di Burns). In tutti i casi in cui il punto d'inserzione era stato ben indicato, si trova che il peduncolo s'impian- tava al livello o in vicinanza del foro ovale, circostanza affatto inesplicabile. Aggiungiamo che in 4 casi, e forse in cinque, il tumore penetrava nel ventricolo corrispondente a traverso dell' orificio. Questa disposizione era distinta specialmente nella osservazione del signor Dupuisaye. Il peduncolo era spesso costituito dallo stesso endocardio, il quale si prolungava più delle volte sul tumore. Questi polipi erano quasi tutti periformi, la loro superficie era levigata o lobulata; il loro volume variava da quello di un uovo di pernice sino a quello di un uovo di gallina. Lo aspetto e la struttura di questi tumori erano variabili. Nel fatto del signor Choisy, il tumore, che esaminai io stesso, era carnoso: quello del signor Dupuisaye, rossastro, lobulato allo esterno, aveva l'apparenza del tessuto fungoso. Al contrario, nè due fatti riportati dal dotto professore di Montpellier, il polipo aveva una tessitura affatto fibrosa. In tutti questi casi, l'orecchietta sulla quale il tumore s'inseriva ed il ventricolo corrispondente erano dilatati e ipertrofiati.

I sintomi osservati durante la vita sono stati quelli di una malattia organica del cuore, con molta oppressione ed irregolarità del polso: ciò spiegasi per lo incomodo estremo col quale la circolazione deve aver luogo; di più, nel rimarcabile fatto del Signor Dupuisaye, vi erano i segni d'insufficienza della valvola mitrale, le cui labbra erano mantenute in uno allontanamento permanente per la parte del polipo che la penetrava nel ventricolo sinistro. A giudicare dalle due precedenti osservazioni, i polipi del cuore sembrerebbero avere un corso lento, poichè la morte à avuto luogo dopo diciassette anni (Choisy), ed alla fine di undici anni nell'altro. Forse in uno de' fatti citati dal Signor Dubreuil, ci è stato un intervallo di dieci a tredici anni; però non può affermarsi, in ragione della insufficienza de'schiarimenti. Vedi per compimento, qui appresso la storia delle concrezioni sanguigne.

DELLE CONCREZIONI SANGUIGNE DEL CUORE

Nel cuore della maggior parte de' cadaveri si rinvencono de' grumi sanguigni variabili pel loro colorito e la loro consistenza, pel loro numero ed il loro volume, pel loro stato libero o aderente.

Storia — Queste concrezioni descritte sotto i nomi di *polipi di materie o di concrezioni polipose o polipiformi*, sono state l'oggetto di grandi discussioni tra i medici più illustri de' due ultimi secoli, e specialmente del XVIII°. Gli uni, esagerando l'importanza di questi prodotti, loro attribuivano i sintomi più gravi e più variati, quantunque il più delle volte essi trovassero la loro spiegazione in qualche lesione organica del cuore, de' grossi vasi o de' polmoni; gli altri, per lo contrario, con Kerkring e G. Pasta, disputando al sangue la possibilità di concretarsi durante la vita, e considerando tutte le concrezioni sanguigne del cuore come un fenomeno cadaverico, le avevano per così dire escluse dal dominio della patologia (1). In fine questa estrema opposizione alla dottrina de' polipi del cuore diede luogo ad una opinione mista di cui Senac e Morgagni furono i principali interpreti, consistente a considerare la formazione delle concrezioni sanguigne del cuore durante la vita siccome possibile, ma estremamente rara. La scuola anatomica moderna ha sanzionato questa opinione, ed à pur dimostrato che le concrezioni polipose formate durante la vita nel cuore e ne' vasi erano alquanto meno rare di quello lo supponevano Senac e Morgagni. Su questo punto curioso di patologia si potranno considerare le ricerche di Laënnec, e più specialmente quelle del Signor Bouillaud, nella 2.^a edizione del suo *Traité des maladies du coeur*, come pure la tese inaugurale del dottor Legroux (1827).

Anatomia patologica. — Da ciò che precede, è giuoco forza ammettere due specie di concrezioni sanguigne cioè: quelle che sono cadaveriche, cioè quelle che si formano dopo la morte, o piuttosto durante l'agonia; e quelle che organizzandosi durante la vita, possono dar luogo a disturbi particolari e subire in seguito diverse trasformazioni organiche. La ispezione anatomica le farà sempre facilmente distinguere le une dalle altre.

Quindi i grumi sanguigni posteriori alla morte o formati

(1) Le idee di G. Pasta sono esposte nelle due lettere pubblicate dal suo cugino Andrea Pasta ed intitolate *de Motu sanguinis post mortem et de Cordis polypo in dubio revocato*, pubblicato nel 1837.

durante l'agonia sono per lo più nerastrì, molli, friabili ed umidi; alcuni sono ricoverti in parte o in tutto da uno strato fibro-albuminoso più o meno spesso, che sembra analogo alla co-tenna infiammatoria del sangue, e formansi secondo lo stesso meccanismo. Questi grumi esistono indifferentemente, e più spesso simultaneamente ne' due lati del cuore. Essi hanno un considerabilissimo volume; qualche volta distendono una o molte cavità, e si prolungano ne' vasi che vi nascono o vi giungono; questi ne sono qualche volta chiusi. Queste concrezioni il cui peso varia da 1 o 2 gramme sino a 5 o 600, non sono mai aderenti; quando resistono a non volersi distaccare, ciò dipende dal loro intralcio colle colonne carnose ed i cordoni tendinei.

Le concrezioni anteriori alla morte si presentano sotto un aspetto ben differente. Siccome Laënnec lo ha ben dimostrato, sono scolorate, di un bianco grigiastro o giallastro; esse hanno una tessitura fibrinosa; sono elastiche, resistenti, intralciate colle colonne carnose ed in oltre aderenti alle pareti delle orecchiette e de' ventricoli, sia immediatamente, sia collo intermedio di una falsa membrana grigiastra che indica la esistenza di una flemmasia anteriore, causa veramente efficiente della concrezione sanguigna. Questa opinione ci sembrerebbe più ammissibile di quella che tenderebbe a considerare la falsa membrana siccome consecutiva alla concrezione sanguigna e prodotta dalla irritazione che questa eserciterebbe col suo contatto sullo endocardio. Questi grumi scolorati offrono la stessa varietà di volume e di numero di quelli che abbiamo precedentemente studiati; però non sono suscettibili di acquistare il volume ed il peso de' primi. Così i più grossi non arrivano che al volume di un uovo, altri non hanno che la grossezza di un pisello o anche meno; questi ultimi sono per lo più aderenti al bordo libero delle valvole. Gli altri situati nell'organo, producono spesso lo appiattimento ed anche la scomparsa delle colonne carnose sulle quali sono applicati. Si prolungano spesso ne' vasi; altre volte sono limitati ad una cavità del cuore; vi si presentano allora sotto forme di masse più o meno protuberanti. In alcuni casi rari sono ordinate a forma di strali sottili come membraniformi.

Le concrezioni intieramente gialle o bianche, elastiche, consistenti, fibrinose, aderenti, non sono mai cadaveriche, ma si formano più o meno prima della morte. A torto G. Pasta, ed ultimamente il Signor Paget (*Gazzette médicale* 1844), hanno sostenuto la opinione contraria. Oltre ch'è stato da me sperimentatamente dimostrato nel mio *Traité de la pneumonie*.

Non è raro trovare il pus infiltrato o stravasato nel centro delle differenti specie di grumi che abbiamo studiato. Questo pus ci sembra avere molte origini: qualche volta a la sua sorgente in

un luogo lontano, come una vena infiammata: trasportato allora nel torrente della circolazione, il fluido morbosò forma il nocciolo di un grumo che lo avvolge in tutte le sue parti. Questo grumo è il più delle volte completamente nero, e non è aderente alle pareti del cuore. Però nella maggior parte de' casi, il pus trovato ne' grumi è stato segregato dalla membrana interna del cuore. Allora bisogna supporre che il fluido morbosò tosto esalato è stato avvolto da una concrezione sanguigna (Bouillaud); o pure si può anche ammettere col Signor Cruveilhier che la infiammazione avendo avuto per primo risultato di produrre un grumo aderente alla superficie flogosata, e questa segregando in seguito il pus, questo prodotto morbosò penetra nel grumo in modo affatto meccanico. In fine si è supposto che il pus poteva essere formato dalla infiammazione dello stesso grumo. Il Signor Legroux à difeso questa opinione con molto talento. Ciò non pertanto ci sembra che il pus deve di rado avere questa origine, poichè la maggior parte de' grumi ne' quali si trova infiltrato o stravasato il pus sono liberi, o almeno non sono ancora completamente organizzati.

Le concrezioni sanguigne possono risolversi e finire affatto; quelle che persistono subiscono molte trasformazioni; esse si scolorano a poco a poco, ed addivengono affatto fibrinose. Giunta a questo stato, alcune, si dice, si organizzano e vivono vita propria, come sembra provarlo lo sviluppo de' vasi capillari che qualche volta hanno potuto iniettare col mercurio. Però non esiste ancora esempio che queste concrezioni, continuando ad aumentarsi, ed acquistando una organizzazione fungosa o carnosa, siano divenute la causa di un vero polipo. Questi grumi scolorati e fibrinosi, quando non scompaiono mediante una specie di consumo meccanico o per assorbimento, possono subire la trasformazione fibrosa, cartilaginea o cretacea, e divengono così la origine di una lesione organica grave del centro circolatorio; quindi è che ci è sembrato molte volte evidente che i restringimenti degli orifici, le aderenze delle valvole e de' cordoni tendinei che vi s' inseriscono, erano prodotti da una concrezione sanguigna degenerata, o piuttosto diversamente trasformata. Però un simile effetto è molto raro e non si osserva che ne' casi in cui il coagulo del sangue è prodotto dalla infiammazione dello endocardio, e si accompagna nello stesso tempo ad un trasudamento pseudo-membranoso. Crediamo in fine con Laënnec, che le concrezioni fibrinose sono la origine delle escrescenze, delle vegetazioni verrucose e globulose che si formano alla faccia interna del cuore o sulle valvole, alterazioni delle quali ne parleremo or ora.

Sintomi. — Quando le concrezioni polipose hanno un piccolo volume, quando non si oppongono nè al giuoco delle valvo-

le nè alla circolazione cardiaca, non si distinguono per alcun manifesto disturbo funzionale; nel caso contrario, producono diversi sintomi, che sono stati studiati in spezialità da' moderni osservatori. Così il Signor Legroux à notato il primo che quando le concrezioni sanguigne recavano ostacolo al giuoco delle valvole e chiudevano gli orifici, i battiti del cuore erano sordi, velati soffogati; che qualche volta si osservavano pure i rumori morbosi, come un rumor di soffio, di pigolamento o di sibilo. Questi risultati sono stati confermati più tardi dalle ricerche del Signor Bouilland e dalle nostre proprie osservazioni.

Quando i grumi anno un volume considerabile e distendono le cavità del cuore, i battiti dell'organo sono tumultuosi, irregolari, precipitati, ed il suono matto della region precordiale più completo e più esteso; nello stesso tempo esiste angoscia, una grande dispnea, ed anche l'ortopnea, come pure le nausee ed i vomiti. Il polso è debole, ineguale, intermittente; la faccia è violacea, gli estremi freddi, tosto lo ammalato cade nel coma, tutto indica un grande ostacolo nella circolazione. È raro però osservare questo insieme di sintomi, eccetto ne' casi in cui le cavità del cuore sono distese da' grumi, e quando i principali orifici sono chiusi da essi. Si concepisce d'altronde che gli accidenti prodotti dalla presenza delle concrezioni sanguigne debbono variare secondo il volume che queste anno, e secondo la sede che occupano. Quindi è che quelle le quali distendono l'appendice auricolare non produrranno alcun disturbo, mentre quelle che occupano uno degli orifici determineranno tutti gli accidenti de' restringimenti organici. Se questa concrezione si aumenta, e se, essendo mobilissima, intercettasse completamente il corso del sangue, la morte avrebbe luogo quasi istantaneamente, in uno stato di soffogazione o di sincope.

Nulla si conosce di positivo sul tempo che le concrezioni sanguigne impiegano per formarsi nè sulla loro durata. Tutto porta a pensare che un gran numero di esse sono assorbite o scompaiono in seguito di una vera distruzione operata dal movimento circolatorio, mentre altre continuando ad aumentarsi producono la morte. Si è pur supposto che questi grumi potevano qualche volta distaccarsi ed essere portati via dalla colonna del sangue in un vaso più o meno lontano, che potevano otturare o chiudere completamente. Però torna impossibile poter dare alcuna dimostrazione precisa su di ciò; pur tuttavia questa opinione non ci sembra priva affatto di fondamento.

Diagnosi. — Pensiamo che nello stato attuale della scienza, le concrezioni polipose non possono essere diagnosticate con certezza; pensiamo però che quando i disturbi funzionali precedentemente descritti si sviluppano bruscamente in un individuo che non era già colpito da malattia di cuore, si dovrà sospettare

la formazione di concrezioni polipose nelle cavità di quest'organo. Si potrà pure supporre la stessa alterazione quando, nel corso di una malattia acuta o cronica del cuore che non si accompagna a grande oppressione, si vede manifestare ad un tratto la ortopnea ed un gran disturbo ne' battiti dell'organo.

Pronostico. — Da tutto ciò che precede torna superfluo insistere per provare che il pronostico delle concrezioni polipose è sempre gravissimo.

Etiologia. — Le cause che determinano le concrezioni sanguigne del cuore sono *meccaniche* o *vitali*. Tra le prime si trovano tutti gli ostacoli alla circolazione, come i restringimenti degli orifici, i quali forzando il sangue a stagnare nelle cavità del cuore, favoriscono così la solidificazione. Le cause vitali sono di tre specie: ora è una infiammazione della membrana interna del cuore che coagula il sangue alla superficie; in questo caso l'aderenza del grumo à luogo ordinariamente mediante una falsa membrana; se succede immediatamente, è più intima, ed il punto corrispondente dell'endocardio è spessito ed ineguale. Altre volte la causa delle concrezioni risiede nello stesso sangue, il quale è più facilmente coagulabile per la introduzione di qualche sostanza estranea: tali sono per esempio gli acidi minerali. Ma siccome Burserius lo à indicato uno de' primi, e siccome il Signor Bouillaud lo à dimostrato di nuovo pochi anni fa, il sangue tende a coagularsi nel corso di certe malattie infiammatorie specialmente nella pneumonia e nel reumatismo articolare acuto febbrile (1); è cosa probabile che in questi casi le concrezioni fibrinose si formano secondo lo stesso meccanismo della cotenna pleuritica.

Cura. — Ignoriamo qualunque cura efficace per combattere le concrezioni sanguigne del cuore. Il Signor Bouillaud propone i salassi generali, mentre Hope li crede pericolosi; noi pensiamo però che siano generalmente utili. Si è pur consigliato l'uso delle bevande abbondanti, rese alcaline mediante un sal di potassa o di soda; però le proprietà scioglienti attribuite a queste sostauze sono ancora dubbie; niente prova la utilità dell'acetato di piombo, consigliato in questi casi dall'abile medico Signor Legroux.

(1) Vedi *Trattato della pneumonia*.

DELLE VEGETAZIONI DEL CUORE

Si sviluppano qualche volta alla faccia interna delle orecchiette, e più spesso sulle valvole sigmoidi ed auricolo-ventricolari, certe escrescenze o vegetazioni ben studiate specialmente da Laënnec, delle quali questo illustre osservatore ne à formato due specie, cioè: vegetazioni *verrucose* e *globulose*. Le prune sono così indicate da Laënnec, perchè offrono un aspetto analogo a quello delle verruche, e specialmente a quello delle vegetazioni sifilitiche che si sviluppano sulle parti genitali (*caroli-fiori*, *creste di gallo* ec.). Questa simiglianza avea fatto credere a Corvisart che tutti questi prodotti avevano una origine sifilitica. Questa opinione non è più ammissibile a' giorni nostri; poichè è indubitato che le vegetazioni verrucose del cuore altro non sono che piccole concrezioni fibrinose più consistenti di quelle si osservano abitualmente, perchè si trova spesso nel loro interno una tinta violacea o alcuni piccoli grumi sanguigni: in fine esaminando quelle che sono meno completamente organizzate, vi si trova la struttura e la composizione chimica de' grumi fibrinosi. Come questi ultimi esse sono aderenti allo endocardio immediatamente, o pure collo intermedio di una falsa membrana; esse sono bianche o rosee; la loro sede quasi costante è il bordo libero delle valvole; sono più frequenti e più numerose nelle cavità sinistre; coesistono spesso cogli induramenti ed i restringimenti delle valvole; altre volte costituiscono tutta la malattia.

La seconda specie di vegetazioni del cuore si chiama *globulosa*, *albuminosa* o *fibrinosa*; essa si presenta sotto forma di un cistico sferoide o ovvide, la cui grossezza varia da quella di un pisello sino a quella di un uovo di colombo. La superficie esterna di queste specie di saccoccia è levigata e di un bianco giallastro; hanno un millimetro di spessezza, sono per lo meno della consistenza dell'albumina concreta; sono ripiene di un sangue brunoastro o feccia di vino, liquido o a grumo, qualche volta in fine vi si trova una vera sanie o pus in natura. Questi prodotti esistono indifferentemente a destra o a sinistra, ma si trovano in preferenza ne' ventricoli, e stanno aderenti al cuore con una specie di peduncolo il quale, alcune volte è intorcicchiato nelle colonne carnose, ma che generalmente presenta una organizzazione meno avanzata di quella del cistico. Altra volta si conosce pure che il sangue che li produce è concretato di recente, ciò che dimostra spesso, se non sempre, che la formazione del cistico precede di un tempo più o meno lungo la sua aderenza alle pareti del cuore.

È indubitato che in alcuni casi, le due specie di vegetazioni di cui trattasi succedono alla infiammazione dello endocardio; ciò vien provato dallo spessimento di questa tunica e la esistenza della falsa membrana sulla quale la vegetazione sta aderente; ma nel maggior numero, forse torna impossibile di rannodarle ad una origine infiammatoria; allora bisogna ammettere che il sangue si è coagulato sotto l'influenza delle cause che determinano le concrezioni polipose del cuore, e che le vegetazioni delle quali ci siamo occupati altro non sono che una varietà.

Le vegetazioni della faccia interna del cuore non si manifestano con alcun segno proprio: più spesso non risvegliano nè meno alcun disturbo manifesto; lo stesso dicasi di quelle le quali esistono sulle valvole, eccettuato però quando, pel loro numero e volume, restringono l'orificio arterioso o ventricolare. I sintomi che allora si manifestano sono quelli che determinano tutti i restringimenti degli orifici. Oltre a che qualunque sia la causa di questi restringimenti, nessun saprebbe far distinguere quelli che dipendono dalle vegetazioni delle valvole.

SECONDO GENERE DI PRODOTTI MORBOSI

DE' PRODOTTI MORBOSI ACCIDENTALI

ESTRANEI ALL' ORGANISMO

Abbiamo detto che in virtù di un lavoro morboso particolare potevano svilupparsi nel corpo umano delle sostanze estranee all'organismo, delle quali, le une affatto inorganiche, costituiscono veri corpi estranei che agiscono solamente pel loro volume ed il loro peso: tali sono le *concrezioni* ed i *calcoli*. Altre hanno pure, il più delle volte, lo stesso modo di azione; differiscono però dalle precedenti, in quanto che non solo sono organizzate, ma godono ancora di una vita propria, individuale: sono questi gli *entozoi*. Finalmente avvi un 3.^o ordine di prodotti morbosi, i più gravi di tutti, i quali, nati negl' interstizi de' tessuti, non solo l'incomodano e li comprimono, ma li penetrano e li convertono in loro propria natura; tali sono: il *cancro*, il *tubercolo*, e forse la *melanosi*.

DELLE CONCREZIONI INORGANICHE O DE' CALCOLI

I calcoli sono prodotti morbosi inorganici, variabili per la forma, il colore, il volume, il numero, la consistenza e la composizione chimica, potendo formarsi dal centro de' paren-

chimi, ma si producano ordinariamente in alcune delle cavità naturali del corpo.

I calcoli costituiscono veri corpi estranei in seno dell' organismo; essi sono privi di vita, e non acquistano mai alcuna connessione organica co' tessuti in mezzo a' quali si sono formati.

Quando i calcoli si sviluppano nelle cavità naturali, vi si formano ordinariamente a spese de' fluidi escrementizi o recrementizi che bagnano le loro superficie; se per lo contrario nascono in mezzo de' tessuti, sono lo effetto di una segregazione morbosa.

Si osservano i calcoli in moltissimi punti del corpo. Crediamo che avuto riguardo alla differente attitudine de' nostri organi a divenir la sede di concrezioni inorganiche, si possono classificare nel seguente modo: la vescichetta ed i condotti biliari, la vescica ed i reni, la glandola pineale, i polmoni, le articolazioni, le vene, il canale dell' uretra, le tonsille, i condotti uditori, le glandole salivari, i condotti escretori delle lagrime, la prostata, il tubo digestivo, il pancreas, l' utero, le vescichette seminali e le mammelle. La descrizione di ciascuna di queste concrezioni non deve trovar posto in questo luogo; non ci occuperemo affatto di quelle che appartengono alla chirurgia o di quelle le quali, nello stato attuale della scienza, non si prestano ancora che ad alcuni dettagli di anatomia patologica molto incompleti, o pure di quelle che non costituiscono che un epifenomeno di una malattia della quale dovremo parlare dettagliatamente or ora; tali sono tra le altre le concrezioni tofacee delle articolazioni che trovansi ne' gottosi, ed anche quelle che negli *etici* risultano dalla trasformazione della materia tubercolosa.

I calcoli possono presentare tutte le forme immaginabili. Quando molte concrezioni esistono nello stesso sacco, sono comunemente tagliate a fascette ed hanno analoghe forme; le une non hanno che il volume di una piccola testa di spilla, mentre altre sono quasi sempre in ragione inversa del loro numero. Quasi tutti sono formati da strati applicati regolarmente o irregolarmente gli uni sugli altri; certi hanno una disposizione a strati o una struttura a lamine. La loro composizione chimica non è meno variabile; in generale si può dire che la concrezione formandosi a spese del liquido escrementizio o recrementizio, partecipa più o meno della composizione chimica di quest' ultimo. Fuori di questi casi, la maggior parte de' calcoli sono formati da qualche sale calcareo unito ad una materia animale.

Il modo di prodursi de' calcoli e le cause che ne favoriscono la formazione hanno da lungo tempo esercitato la sagacia de' medici, senza che nessuna conoscenza precisa abbia avuto luogo a quest' oggetto. Si conosce però che il soggiorno trop-

po prolungato degli umori escrementizi ne' loro serbatoi, che gli ostacoli recati alla loro escrezione, come la strettezza de' condotti, ed il predominio di certi elementi di questi fluidi, determinato spesso dalle condizioni di abitazione, di clima, di alimento, ec., sono le cause predisponenti la cui azione sia meglio dimostrata. Vi uniremo la infiammazione o certe alterazioni de' condotti e de' serbatoi de' fluidi escrementizi, che spesso hanno lo effetto di modificare la composizione chimica di questi ultimi, o di esalare certi prodotti (albumina, muco, sangue), i quali concretandosi, posso divenire il nucleo del calcolo; qualunque altro corpo solido introdotto accidentalmente produce lo stesso effetto. I calcoli si formano sempre lentamente; a torto si ammetteva altra volta, con Van-Hellmont, una forza organica detta *petrificante*, la quale era capace, dicono, di formare rapidamente, istantaneamente, de' calcoli di grosso volume.

Gli accidenti determinati da' calcoli sono variabilissimi; sono locali o simpaticei, e sono prodotti dall' azione irritante che il corpo estraneo esercita sulle pareti dell' organo che li contiene. Altre volte gli accidenti non si mostrano che quando il calcolo si sposta, quando, per esempio, s' impegna bruscamente in un canale più stretto, che irrita colle sue scabrosità. Se nello stesso tempo si oppone al libero scolo del liquido escrementizio si osservano nuovi sintomi che indicano la ritenzione del liquido; e se questo contiene proprietà irritanti ed anche settiche, come la urina, lo assorbimento è seguito da' più gravi accidenti. Oltre a questi sintomi, la cui intensità varia secondo la sede del calcolo, il suo volume, lo stato levigato o scabroso della sua superficie, la suscettibilità organica degl' individui, ve ne sono pure degli altri che possono manifestarsi ad un' epoca lontana, e ciò dipende dalle lesioni organiche gravi determinate dalla pressione costante del calcolo sopra gli organi o i tessuti con i quali si trova in contatto; tali sono le flemmasie croniche, le ulcerazioni, i perforamenti, gli ascessi: queste ultime lesioni sono qualche volta un beneficio della natura permettendo la eliminazione del corpo estraneo.

In alcuni casi, lungi dal produrre gravi accidenti, i calcoli eccitano appena poco peso ed incomodo; possono anche, comunque voluminosi o numerosi, non determinare nè dolore nè alcun distinto disturbo. Quest' ultimo caso è rarissimo per i calcoli contenuti ne' serbatoi e ne' condotti escretori (la vesichetta biliare eccettuata), mentre che è più comune per i calcoli parenchimatosi, il che dipende allora dal perchè spesso un corpo estraneo è isolato dalle parti viventi mediante un cistico più o meno compatto.

Le affezioni calcolose hanno un corso cronico; gli accidenti che determinano vanno soggetti a grandi irregolarità. Tutti i

sintomi possono cedere bruscamente quando il corpo estraneo è espulso o estratto; spesso però, dopo un tempo più o meno lungo, la malattia ritorna. Per giungere alla diagnosi de' calcoli, si avrà riguardo alla natura de' disturbi funzionali che si osservano, al loro ordine di successione. Si potrà essere anche illuminato mediante i segni che forniscono il tatto, l'ascoltazione, e la introduzione delle sonde; l'uscita però di un solo calcolo è il solo segno patognomnico.

I calcoli che hanno sede in un organo importante, o che si oppongono al regolare esercizio di una funzione necessaria alla economia, costituiscono una malattia sempre grave. Per certi calcoli, la cura deve essere specialmente igienica; vi son pure de' mezzi che si usano nello scopo di discioglierla la concrezione o di espellerla.

DE' CALCOLI INTESTINALI

Le concrezioni intestinali rare nell'uomo, sono frequenti in alcuni quadrupedi, e specialmente ne' cavalli; costituiscono in essi ciò che chiamasi i *bezoardi*. Avuto riguardo al loro punto di partenza, se ne sono distinte tre specie: quindi le une si formano nello stomaco, e si chiamano *gastriche*; esse sono le più rare; le altre nascono in un punto del crasso intestino o del gracile, e si chiamano *intestinali*; in fine le più comuni sono dette *miste*, perchè il loro nucleo è formato da un calcolo biliare il quale penetrando nello stomaco o nello intestino, vi si aumenta coll'aggiunta di certi strati organici o calcari; queste ultime concrezioni sono dette *epato-gastriche* o *epato-intestinali*.

Caratteri de' calcoli intestinali — Le concrezioni intestinali dell' uomo sono ordinariamente rotonde o ovali; la loro grossezza varia da quella di una testa di spilla sino a quella di un arancio; sono dure, spongiose, friabili, hanno un colorito nerastro o giallo bruno. Le analisi chimiche han provato che esisteva costantemente in questi calcoli del fosfato di calce, e più o meno frequentemente degli urati ed ossaliti calcari, del fosfato ammoniacomagnesio, della silice, delle materie animali, delle sostanze lignee, provenienti dagli alimenti, diversi corpi estranei, ec. Si dice che ne' paesi in cui si mangia il pane di avena, si trovano frequentemente nello intestino degli abitanti delle concrezioni formate da strati successivi di una stanza salina (fosfato di calce e fosfato ammoniacomagnesio); e di una sostanza vellutata, brunastra, resistente a' reagenti chimici, e che brucia con un odore marcatissimo di paglia. Tutti questi calcoli si osservano più spesso nello intestino crasso e nel retto che in qualunque altra parte delle vie digestive: sono ora liberi ed ora come incastrati nelle curvature del colon enormemente dilatate.

Sintomi, corso, esito — I sintomi prodotti dalla presenza delle concrezioni negli organi digestivi sono oscurissimi; più spesso non esistono che alcuni dolori acuti, fissi o erratici, accompagnati da costipazione o da alternative di costipazione e di diarrea. Dopo una durata più o meno lunga, che può essere di molti mesi, si vede spesso questo stato di mal'essere cessare ad un tratto dopo la uscita dall'ano di uno o di molti calcoli. Se questi, avendo acquistato un gran volume, chiudono affatto lo intestino, la costipazione sarà maggiore, ed il ventre abitualmente meteorizzato; in fine si vedranno tutti i sintomi dell'ileo o de' strozzamenti interni. In tutti i casi l'attenta esplorazione del ventre farà spesso conoscere, specialmente verso le fosse iliache o i fianchi, un tumore duro, quasi sempre impossibile a muoversi, ma che spesso trovasi spostato da un giorno all'altro. Se il corso estraneo occupa il retto l'introduzione del dito in quest'organo lo farà riconoscere facilmente; oltre a che gli ammalati accusano peso all'ano o premiti; hanno qualche volta un gemitio mucoso, sanguinolento, e diarrea. Tutti questi accidenti possono cedere come per incantesimo quando il corpo estraneo è espulso. Questo vien fuori quasi sempre dall'ano, raramente dalla bocca, più di rado ancora a traverso le pareti addominali mediante un ascesso. In quest'ultimo caso, si forma una fistola intestinale la cui guarigione è più o meno lunga, e che può costituire un novello pericolo per lo ammalato, se occupa un punto vicino di molto allo stomaco. Se il calcolo, non essendo espulso, continua ad aumentarsi, gli ammalati periscono. La morte può aver luogo allora in mezzo a' sintomi dell'ileo o della peritonite. Questa è provocata, ora dal distendimento degl'intestini, ora è consecutiva alla loro rottura o al loro perforamento; questa rottura è quasi costante quando il calcolo s'impegna o si ferma nell'appendice del cieco; in fine, alcuni ammalati, spossati da lunghe sofferenze o dalla diarrea, muoiono nel marasmo.

Diagnosi. — La diagnosi delle concrezioni dello stomaco è impossibile. Se queste concrezioni occupano lo intestino, e se protuberano a traverso delle pareti addominali, non si potranno distinguere che con difficoltà da tumori stercorali: però questi sono comunemente bernocoluti disposti sotto forma di noccioli e mobili. Del resto, la precisione della diagnosi non può essere in questo caso che un affare di amor proprio, e non saprebbe modificare la cura, la quale è la stessa nell'uno e nell'altro caso. Vedremo più tardi il modo di poter distinguere un tumore scirroso da quello prodotto da una concrezione.

Pronostico. — Un calcolo molto voluminoso da impedire il corso delle materie intestinali costituisce sempre una grave malattia.

Etiologia. — Sembra che le concrezioni intestinali sono meno rare nella vecchiezza che nelle altre età. Tutti i corpi estranei solidi che penetrano negli organi digestivi, come i nuoccioli di frutti, le ossa, i calcoli biliari, ec., sono una causa di concrezione, perchè spesso su questi corpi estranei si depositano le sostanze saline. In fine una costipazione abituale, e generalmente tutto ciò che favorisce la dimora delle materie nello intestino, sono ancora cause de' calcoli di cui è parola.

Cura. — Contro queste concrezioni intestinali s'impiegheranno i mezzi consigliati contro lo aumento delle fecce nello intestino crasso (vedi alla fine del volume *Costipazione*).

DE' CALCOLI BILIARI

La vescichetta del fiele ed i diversi condotti escretori della bile sono frequentemente la sede di concrezioni particolari chiamati *calcoli biliari* o *pietre cistiche*.

Storia. — Vacamente indicati ne' libri ippocratici e ne' scritti degli autori latini, descritti in modo molto esplicito da Fernel, i calcoli biliari non furono descritti per la prima volta alquanto completamente che da Glisson nella sua opera sul fegato. Federico Hoffmann ne diede una descrizione assai fedele, ed Haller, tanto ne' suoi *Elémens de physiologie* (t. 6), che ne' suoi *Opuscules pathologiques* (t. 3), à indicato molte particolarità proprie a queste malattie. Si troverà nella 37.^a lettera del Morgagni l'analisi esatta de' lavori antecedenti, e si vedrà quale era lo stato della scienza sulle concrezioni biliari verso la metà del XVIII^o secolo. Gli autori venuti posteriormente, hanno illuminato, gli uni la parte clinica, gli altri la terapeutica. Citeremo tra i primi Fourcroy (1), Thénard (2) Marcet (3), e tra i secondi J.—L. Petit (4), Durando (5), ed il Signor Bricheteau (6) Completeremo questo breve cenno bibliografico indicando alcune monografie ben fatte, e sono quelle pubblicate in Alemagna da Walter nel 1775, da Soemmering nel 1795, e le ricerche che il Signor Jacuonneau-Dufrène à inserite nella *Revue médicale* nel 1841 e 1844.

(1) *Système des Connaiss. chimiques.*

(2) *Traité de chimie*

(3) *Hist. chim. des malad. Calcul.*

(4) *Mémoires de l'Acad. de chirurgie.*

(5) *Obser. sur l'efficacité du mélange d'éther et de l'huile de térébenthine, Strasbourg, 1790 e 1826.*

(6) *Société médicale d'émulation année 1826*

Anatomia patologica. — Proprietà fisiche e chimiche dei calcoli biliari. — Quasi tutti i calcoli biliari sono formati da colesterina e da una materia colorante le cui proporzioni variano, per la prima tra 88 e 94, per la seconda tra 12 e 6 (Ténard). L'una di queste sostanze può esistere sola; quindi è che trovansi qualche volta de' calcoli unicamente formati da colesterina; sono distinti per il loro colorito bianco, pel loro peso specifico maggiore di quello dell'acqua, e per la facilità colla quale si sciolgono nell'alcool bollente. Alcune volte, invece della colesterina, si trova in certi calcoli la materia colorante gialla o verde della bile, unita a muco biliare concreto; qualche volte si trova ancora nelle differenti concrezioni biliari una certa quantità di fosfato e di carbonato calcareo o di magnesia, come pure dell'ossido di ferro; però queste sostanze, l'ultima specialmente, non esiste mai che in piccolissima proporzione. In fine sembra che qualche volta sono state osservate delle concrezioni che sembrano essere in gran parte formate dal carbone, o da una materia in apparenza carbonacea.

Di rado esiste un sol calcolo: più spesso avviene un certo numero; qualche volta ne sono state contate molte centinaia, ed anche, si dice, sino a tremilaseicentoquarantasei (Furck). Il loro volume varia da quello di un granello di sabbia sino a quello di un grosso uovo di gallina, ed il loro peso, il quale comunemente non oltrepassa 50 o 60 centigramme, à potuto elevarsi sino a 125 gramme. Niente è più variabile quanto la loro forma; possono, in fatti, affettare ogni specie di forma. La loro superficie può essere ineguale; d'ordinario però è levigata, e quando esistono in certo numero, offrono delle fascette corrispondenti a' punti per i quali erano naturalmente in contatto. Le concrezioni biliari sono di rado bianche, alcune sono nere o brune, almeno esternamente; la maggior parte offrono diversi colori di giallo e di verde; la loro consistenza è ordinariamente poco considerabile, perchè la maggior parte si lasciano ordinariamente schiacciare dal dito; però alcune volte sono dure; tali sono quelle che forma la colestrina. Alcuni calcoli biliari sono affatto omogenei; ma la maggior parte sono costituiti da molti strati sovrapposti che offrono un diverso colorito. Secondo il Signor Fauconneau Dufresne, si troverebbe costantemente un nucleo più o meno voluminoso; alcune volte ancora ve ne sarebbero molti, il che dipenderebbe, secondo Giulio Vogel, dal perchè molte concrezioni, prima distinte, si sono poscia riunite e confuse in una sola. Il nucleo è più spesso formato dal muco, ora da una concrezione sanguigna, da un corpo estraneo, da un lombrico, da una spilla (Bouisson). Vogel dice che non occupa sempre il mezzo della concrezione, perchè qualche volta è eccentrico, il che annunzia che l'aumento della pietra non à luogo in un modo uniforme.

I calcoli hanno sede esclusivamente nelle vie biliari; è cosa dubbia che se ne siano mai incontrati nelle granolazioni del fegato. È cosa rara trovarne nelle piccole radici del condotto epatico, mentre che sono comuni nel condotto coledoco, e specialmente nel condotto cistico. Però il più delle volte si osservano nella vescichetta: quest'organo n'è qualche volta talmente disteso, che trovasi quasi trasformato in un corpo solido. I calcoli sono contenuti quasi sempre nella stessa cavità di questo serbatoio, e vi rimangono liberi; in alcuni casi rarissimi però si trovano come incrostati nelle cellule formate o dalla dilatazione parziale della vescichetta, o, secondo Morgagni, dalla dilatazione di una lacuna mucosa (calcoli chiusi o liberi), si dice anche aver veduto delle concrezioni biliari, collocate nella spessezza delle pareti, tra le membrane della vescichetta (calcoli chiusi in un cistico). In fatti si comprende che i calcoli dapprima chiusi consumando, ulcerando la membrana interna, l'impegnano in seguito e camminano più o meno lungi tra essa e la tunica fibrosa. Si dice aver spesso incontrato la stessa disposizione per i calcoli arrestati nel condotto epatico, cistico e coledoco. Questi ultimi organi e la vescica specialmente sono inoltre la sede di diverse alterazioni: quindi i condotti biliari posson essere ampliati a segno da ricevere nella loro cavità una o due dita, e le piccole radici del condotto epatico possono formare da distanza in distanza delle specie di ampolle ripiene di bile e di concrezioni, e qualche volta protuberano alla superficie del fegato (Coe, Cruveilhier, Benivenius). Le pareti di questi canali sono nel pari tempo spessite o assottigliate, qualche volta forate o rotte. La vescichetta è pure ingrandita, la sua forma cambiata; la reticola della sua mucosa alterata; la sua tunica media spesso è ipertrofiata, e vi si scovrono manifestamente allora le fibre muscolari; altre volte però le pareti sono più sottili, e la vescichetta, ulcerata perforata, può comunicare allo esterno a traverso le pareti addominali; più spesso colla vena porta, col peritoneo, collo stomaco, col colon trasverso; e col duodeno, siccome fu ciò osservato secondo Colombus sopra l'ignazio di Loiola. In fine i calcoli impegnati nel canale cistico ed obliterandolo affatto producono l'atrofia della vescichetta.

Sintomi; corso. — I calcoli possono esistere in gran numero nelle vie biliari, senza essere conosciuti durante la vita mediante alcun fenomeno morboso; quindi è che spesso si osserva nello sparo de' cadaveri degli adulti, e specialmente de' vecchi, delle vescichette ripiene di calcoli, e da lungo tempo impermeabili alla bile, senza però che la maggior parte di quest'individui abbiano accusato durante la vita nè dolore allo ippocondrio nè alcun disturbo nelle funzioni digestive. È degna cosa di attenzione che in tutti questi casi, i calcoli, benchè numerosi,

rimangono confinati nella vescichetta, e non possono spostarsi e transitare ne' condotti cistico o coledoco. La stessa mancanza di sintomi può esistere anche quando i calcoli occupano l'uno de' condotti escretori senza però chiuderlo; questo caso è meno comune del precedente, eccetto però pel condotto cistico, il quale può essere chiuso tanto completamente quanto la vescichetta, senza che alcuna mal' essere abbia luogo. Ciò non deve recar meraviglia, se ricorderemo che la lesione della vescichetta e del suo condotto escretore non impedisce che la bile fluisca nel duodeno. Si comprende però che ciò non ha luogo quando le concrezioni occupano i condotti epatico e coledoco. In questi casi, l'escrezione della bile essendo impedita o completamente interrotta, si osservano tutti i principali accidenti consistenti, in dolori più o meno vivi, itterizia, e variati disturbi degli organi digestivi. Altra volta i sintomi determinati dalla presenza de' calcoli nelle vie biliari sono di due specie; gli uni acuti, gli altri cronici. Li studieremo sotto queste due forme.

1.º *Accidenti acuti.* — Quando un calcolo s' impegna in uno de' condotti biliari, come quando una delle concrezioni rinchiusa nella vescichetta penetra ne' condotti cistico e coledoco, o, ciò che torna lo stesso, quando un calcolo già chiuso in uno di questi condotti o nel canale epatico, ed avendoli dilatati, s' impegna in seguito in una porzione più stretta, o pure quando un calcolo rinchiuso in questi organi cambia direzione; se per esempio si colloca di botto, in modo a chiuderli completamente, o se le sue parti più protuberanti, appoggiate alle pareti, le irritano e le lacerano, gli ammalati accusano ad un tratto dolore vivo, lacerante o pungente, atroce, il quale spesso strappa de' gridi e de' gemiti alle persone più coraggiose e più usitate alle sofferenze. Questo dolore, che ha sede allo epigastrio o all' ipocondrio destro, si propaga nella parte corrispondente del dorso, e qualche volta sino alla spalla ed al collo; la pressione lo esacerba quasi sempre. Gli ammalati, col tronco fortemente piegato, si dimenano qualche volta per terra o nel loro letto; soffrono qualche volta un senso di oppressione, di soffogazione delle più penose; la loro ansietà è estrema; provano nausea continue, vomitano liquidì acquosi o vischiosi contenuti nello stomaco; e spesso una grande quantità di bile gialla o verde. Perchè però ciò abbia luogo, bisogna che il calcolo non segga nel canale coledoco, o che nol chiuda completamente. Nello stesso tempo gli ammalati sono colpiti da itterizia. Questa può essere limitata agl' occhi o alla faccia; per lo più è generale. La itterizia è uno de' primi sintomi della malattia, può esservi pure diarrea; però quasi sempre gli ammalati soffrono costipazione. In mezzo ad una sì grande perturbazione, e quando la fisionomia alterata sembra annunziare una grave malattia, si

trova quasi sempre che il polso non è nè pure accelerato e che la temperatura della pelle non è aumentata. Lo stato febbrile, in fatti, avendo luogo nel corso di colica epatica, si liga quasi sempre ad una complicazione flogistica.

Il complesso de' sintomi precedenti caratterizza la *colica epatica*. Questi accidenti presentano un corso continuo, ma esacerbante; si calmano a poco a poco, o finiscono bruscamente quando il calcolo à ripreso il suo primitivo poslo o quando è stato espulso nello intestino. In quest' ultimo caso, gli ammalati, emettono andando del corpo il giorno istesso, e più spesso l' indomani o il terzo giorno, una o molte concrezioni biliari. Solamente all' epoca in cui i condotti sono schiusi la bile è rigettata per vomiti o per scarichi ventrali. In fatti ben si comprende che quando un calcolo chiude completamente il canale coledoco, la bile, la cui segregazione è attivata per la irritazione del condotto escretore, si accumula abbondantemente al di sopra dell' ostacolo, specialmente nella vescichetta, e cola in seguito ad un tratto nello intestino tosto che le vie sono permeabili.

Durata, esiti. — Gli accessi sono di variabile durata; possono durare alcuni minuti soltanto; il più delle volte dodici o sedici ore. In generale però a misura che si producono, la loro durata si rende più lunga: allora avviene di quelli che continuano per più giorni. Gli accessi quando sono corti, non lasciano dietro di essi che poco mal' essere, inappetenza, e specialmente una tinta itterica, che in generale si dissipa completamente dopo pochi giorni, e dura molto meno di quella spasmodica. Quando gli accessi si prolungano per molti giorni, le materie fecali si scolorano, la febbre si accende, ed allora possono succedere diversi accidenti che indicano una infiammazione del fegato o delle vie biliari.

Abbiam detto che i calcoli biliari potevano essere espulsi dal canale coledoco; questa uscita à luogo solamente dopo molti accessi, altre volte è la vescichetta biliare la quale, forandosi dopo aver contratto aderenze colle pareti addominali, il duodeno o il colon trasverso si sbarazza ancora de' calcoli che spesso hanno un grosso volume. Le concrezioni versate nel duodeno possono essere emesse mediante i vomiti o gli scarichi ventrali. Gli archivi della scienza contengono molti fatti i quali provano che questi calcoli, sia che fossero troppo voluminosi a principio, sia che il loro volume si fosse aumentato nello intestino col' aggiunta di novelli strati, hanno in fine interrotto il corso delle materie fecali e de' gas, ed hanno determinato tutti gli accidenti de' strozzamenti interni.

Nella colica epatica, la morte può essere prodotta dalla persistenza e dalla sola violenza de' dolori; gli ammalati sono allora deliranti, o pure convulsi, o pure cadono in uno stato co-

matoso. Più spesso la morte è lo effetto di una complicazione, specialmente di una peritonite perperacuta, quando il calcolo, ulcerando la vescichetta o il punto del condotto che comprime, si spande nel ventre con una certa quantità di bile; in fine alcuni ammalati periscono spossati e nel marasmo, quando gli accessi, riproducendosi a brevi intervalli, non danno loro il tempo di ristabilirsi. Quest' infelici perdono l' appetito, le forze e la grassezza; le digestioni si alterano, l' itterizia è permanente, in fine la morte à luogo dopo un tempo più o meno lungo in uno stato di marasmo: spessissimo una epalite, che termina colla suppurazione, accelera l' esito fatale.

Ho esposto dettagliatamente gli accidenti acuti che indicano il passaggio nelle vie bilari de' calcoli che già hanno acquistato un certo volume. Non succede del pari quando le concrezioni sono trasportate subito dopo la loro formazione sotto forma di renella o di materia pulverolenta (renelle del fegato). In fatti, allora gli ammalati non provano alcun accidente, o pure si lagnano soltanto di un senso doloroso, d' incomodò nell' ipocondrio destro ed allo epigastrio, sensazioni che spesso si propagano verso la region precordiale, la spalla ed il collo. Questi sintomi, d' altronde variabilissimi, di rado gli stessi in tutti gli attacchi, non hanno niente di caratteristico: quindi di rado si fanno dipendere dalla loro causa vera.

2.^a *Accidenti di corso cronico.* — Anzi che produrre i sintomi acuti, i calcoli delle vie biliari possono determinare solamente accidenti di corso cronico. Quindi è che alcuni ammalati accusano all' ipocondrio destro un dolore ottuso, continuo, e che rillettesi nel dorso. Le digestioni sono lente, difficili; spesso avvi pure itterizia quasi permanente, e la tinta della quale più o meno carica, varia da un momento all' altro. Allora gli ammalati dimagrano quasi sempre e sono languidi. La osservazione della regione del fegato non indica ordinariamente niente di morbo. In alcuni casi rari però si circoscrive un tumore duro, ineguale, non doloroso, formato dalla vescichetta distesa, ed allora può succedere, siccome l' osserva Petit, che la compressione esercitata su di esso colla mano, facesse scorgere una sensazione di scoppiettio prodotto dallo strofinio de' calcoli l' un contro l' altro. Altre volte, il tumore è fluttuante, e ciò indica che l' ostacolo à sede nel canale coledoco e forza la bile a rifluire nella vescichetta, che finalmente à disteso. Quando i calcoli non producono che questi ultimi accidenti, gli ammalati possono rimanere in uno stato di semi salute per molti anni, sino a che i corpi estranei siano espulsi per una delle vie che abbiamo indicate.

Diagnosi. — La colica epatica non sarà confusa colla peritonite dello ipocondrio; perchè in quest' ultima, il dolore è

meno vivo e più superficiale; esso si esacerba alla menoma pressione, e si accompagna sempre a' sintomi febbrili, che mancano nella colica epatica. Però abbiamo veduto che quando questa si prolungava per molti giorni di seguito, poteva complicarsi a peritonite o colecistite: solamente in questi casi la diagnosi può essere stabilita da' soli commemorativi. Oltre a che un errore avrebbe poca importanza, perchè la cura è la stessa nell'una e nell'altra circostanza. Per la istantaneità e la vivacità de' dolori, la colica epatica non ha alcuna simiglianza colla epatite nè colla duodenite, dalle quali sarà sempre facilmente distinta. Ci sembra pure quasi impossibile poter confondere la malattia coll'ileo, nel quale esiste una insormontabile costipazione, vomiti, i quali acquosi dapprima, addiventano stercorali in seguito, e sono accompagnati a meteorismo, alterazione della fisionomia, ed un polso piccolo e più o meno frequente. La colica nefritica differisce dalla colica epatica per la differente sede de' dolori, per lo irradamento verso gli organi sessuali ed il membro inferiore, come anche per i cambiamenti operati nella segregazione ed escrezione della urina. In fine si conosce che il plesso epatico può essere affetto da una nevralgia i cui accessi hanno la più perfetta analogia con quelli della colica epatica; essi non differiscono da questi ultimi che per la mancanza della itterizia.

Gli accidenti di corso cronico potrebbero far temere una lesione organica del fegato; se poi lo individuo ha sofferto, ad un'epoca più o meno lontana, uno o molti accessi di colica epatica; se il fegato conserva il suo volume, se la nutrizione è poco alterata, bisognerà allontanare la idea di una lesione organica. Se la vescichetta distesa dalla bile (forma tumore a traverso delle pareti addominali, non si crederà un ascesso del fegato, perchè questo si forma più lentamente, si accompagna a febbre ed a dolori; il tumore è più o meno ben circoscritto, la fluttuazione ivi è più oscura e meno generale, i tegumenti sono in fine affetti da edema; si citano però alcuni casi di calcoli biliari i quali hanno prodotto frequenti vomiti e la maggior parte de' sintomi di cancro dello stomaco: questi accidenti hanno potuto essere spiegati qualche volta, siccome ciò ebbe luogo in un fatto riportato nel *Journal hebdomadaire* (année 1829) per la compressione che i calcoli voluminosi rinchiusi nella vescica, esercitavano sul piloro.

Niente di più vago e meno caratterizzato esiste quanto i sintomi prodotti dalla renella epatica. Quando si sospetta questa malattia dietro i patemi degli ammalati, si osserveranno accuratamente i vasi; ma siccome le concrezioni sono piccolissime ed hanno il colorito delle materie fecali, bisogna per scovirle, sciogliere queste in un setaccio collocato sotto un fil d'acqua.

Le fecce sono allora portate via per i fori dello strumento, mentre che i calcoli insolubili nell'acqua, rimangono (F. Dufrenó).

Quando una concrezione è emessa mediante i vomiti e specialmente per gli scarichi ventrali, importa stabilire se proviene dalle vie biliari, o se si è formata nel tubo digestivo, o pure in fine se riconosce questa doppia origine; perchè può accadere, siccome lo abbiamo detto, che i calcoli biliari, dimorando nello intestino, si aumentano colla sovrapposizione di novelli strati. Torna però difficilissima cosa stabilire questa distinzione, avendo anche riguardo a' caratteri fisici e chimici delle concrezioni. Pur tuttavia possi stabilire per regola generale che le concrezioni intestinali anno un volume poco considerabile; anno sempre un nucleo centrale spesso costituito da un corpo estraneo, come un granello, un nocciolo di frutto un frantume di osso: in fine, l'analisi chimica prova che sono in gran parte formate da fosfato di calce o di magnesia e di fosfato ammoniacco-magnesio. Se il calcolo è misto, si trova la concrezione biliare al centro, mentre gli strati esterni sono formati dalle sostanze salino-terrose che costituiscono le concrezioni intestinali. Siccome ultimi caratteri distintivi, Vic-d' Azyr pretende che i calcoli biliari cristallizzano in raggi o in aghi, e le concrezioni intestinali in lamine concentriche; i primi finalmente bruciano, dicono, con fiamma, ed i secondi esposti al fuoco, danno uno scoppietto ed anneriscono, ma non bruciano affatto.

Pronostico. — I calcoli biliari costituiscono sempre una malattia seria, in ragione de' patemi che determinano e delle lesioni gravi e spesso mortali che possono esserne la conseguenza.

Etiologia. — Le concrezioni biliari sono rare nella gioventù; non si osservano quasi mai prima di quindici anni. Esse si sviluppano il più delle volte verso quarant'anni, e la loro frequenza si aumenta con questa età. E certo che le donne ne sono più spesso affette degli uomini (Haller, Soënmerring, Dietrich, Pinel), senza che sia possibile determinare la vera causa di questa differenza; forse deve attribuirsi alla loro vita sedentanea. Sembra risultare in fatti, dalle ricerche degli autori che i calcoli biliari si osservano più frequentemente in coloro che fanno poco moto, come gli uomini letterati ed i prigionieri: quindi Soënmerring à trovato i calcoli biliari nella maggior parte degli uomini e delle donne rinchiusi da qualche tempo nelle prigioni di Cassel e di Mayence. Forse questa causa istessa è quella che rende più frequenti le concrezioni biliari in inverno che in està. Nulla si conosce di preciso sulla influenza che l'alimento esercita sul loro prodotto; si accusano i grossolani alimenti, i farinacei, gli acidi e certi vini; niente però è ancora provato a questo riguardo. Alcuni autori àn cercato di rannodare la for-

mazione de' calcoli biliari a due cause tutte locali; quindi gli uni hanno invocato la infiammazione delle vie biliari come quella che condensa la bile; ma questa infiammazione non è affatto provata, e quando esiste, è piuttosto effetto anziché causa delle concrezioni. La teoria chimica di Forbes, il quale spiega la concrezione della bile mediante gli acidi venuti dalle prime vie, non sembra appoggiarsi sopra alcun fatto positivo. Si è puranche invocata l'atonìa della vescichetta, ma senza prove, lo stato spasmodico de' condotti, circostanze tutte le quali nuocendo al libero scolo del liquido, dovevano, dicono, favorire il suo coagulo. Checchè ne sia, egli è certo che il prolungato soggiorno della bile nel suo serbatoio, e la difficoltà del suo scolo, qualunque ne sia la causa, debbono favorire la formazione delle concrezioni biliari. Nella maggior parte de' casi in cui queste si producono, la bile è densa più ricca che nello stato normale di certi materiali, e di coelestrina specialmente? è questa la opinione che Vogel considera come probabile, ma le esperienze chimiche non ne hanno per anco dimostrato la realtà. Stabiliamo però aspettando, che la composizione della bile, che lo stato nel quale si trovano i diversi elementi di questo fluido, spieghino la frequenza delle concrezioni biliari: il Signor Bouisson ha provato in fatti che nella bile esistevano in sospensione delle piastre di materia colorante, de' corpuscoli formati dalla coelestrina, e del muco che facilita l'aderenza de' due primi, e favorisce la loro precipitazione sotto la influenza di una moltitudine di cause che non ancora sono ben dimostrate. Alcuni autori hanno voluto stabilire una relazione tra i calcoli biliari ed urinari, altri tra i calcoli biliari e la gotta, ma qui esistono semplici coincidenze.

Cura. — Le regole di cura che esporremo or ora per la colica nefritica sono applicabili alla colica biliare. In questa come nella precedente, la prima indicazione è di calmare il dolore mediante l'oppio, mentre che gli ammalati saranno tuffati nel bagno tiepido, poi si coprirà lo ipocondrio destro di topici emollienti. Il Signor Bricheteau preferisce l'applicazione del ghiaccio, ed amministra la tintura di castoreo in vece dell'oppio; crediamo però che quest'ultimo sia più certo. In quanto alle applicazioni fredde possono essere utili, ma non convengono allo sviluppo, e sarebbero pericolose se esistessero già alcune flemmasie nel peritoneo o negli organi biliari. Alcuni medici hanno raccomandato l'uso de' purganti e de' vomitivi, nello scopo di determinare nelle vie biliari de' movimenti che avrebbero per effetto di spingere i calcoli nello intestino, o almeno di far prender loro la primitiva situazione negli organi biliari. Quando vi sono segni d'infiammazione, bisogna insistere sugli antilogistici, particolarmente su' salassi generali e locali.

Nello intervallo degli accessi, sono stati proposti diversi mezzi atti a sciogliere i calcoli. Passerò sotto silenzio i mercuriali, la elettricità, gli esutori, ed anche le soluzioni d' idroclorato di ammoniaca, di soda, di acetato di potassa, perchè niente prova la loro utilità. Avvi però un medicamento che à goduto di una grande riputazione, ed è quello che Durande, medico di Dijon, propose alla fine dell' ultimo secolo consistente nel miscuglio di tre parti di etere solforico e di due di essenza di terebentina. Si amministra alla dose di 1 a 4 gramme in uno sciroppo mucilagginoso, e se ne continua l'uso sino a che gli ammalati ne avranno preso 500 gramme; accade pure che gli organi digestivi non possono sopportare per lungo tempo l'uso del rimedio. La mistura di Durande, raccomandata da Soemmerring e da molti altri, sembra essere stata utile qualche volta; dunque si è autorizzati ad impiegarla. Il Signor Duparcque à proposto di sostituire la terebentina dall' olio di ricini (ricino 60, etere 4, zucchero 30). Hanno pur consigliato, nello intervallo degli accessi, l'uso ripetuto de purganti, delle acque minerali, alcaline, ferruginose, gli amari il regime animale ed il moto.

I calcoli biliari possono richiedere una cura chirurgica: quindi, allora quando la vescichetta s' infiamma o suppara, può contrarre aderenza colla parete addominale, la quale protuberà; aprendo allora il tumore vien fuori un miscuglio di bile, di pus e di calcoli, il che reca sollievo agli ammalati. Alcune volte non avvi alcun segno d' infiammazione, ma la vescichetta à acquistato un enorme volume, e tutto fa temere che non abbia a rompersi per eccesso di distendimento. Petit vuole che allora si praticasse un' apertura; però bisogna essere sicuri prima di tutto che il tumore abbia contratto aderenza colla parete addominale. Per rendere queste aderenze più complete o per provocarle se non ancora sono formate, bisogna aprire la vescichetta colla potassa caustica o anche meglio colla polvere di Vienna, cioè secondo il processo usato per gli ascessi ed i tumori acefalocistici del fegato.

DELLE CONCREZIONI URINARIE

Quattro specie di concrezioni identiche per la loro composizione, e differenti tra esse pel loro volume soltanto, possono formarsi nelle vie urinarie. Son desse: 1.° le *sabbie*, o sedimenti pulverolenti: 2.° la *renella* o concrezioni che appena àno il volume di una testa di spilla: 3.° le *sabbie*, che sono delle concrezioni alquanto più grosse, ma non eccedenti pel volume i limiti del diametro o della dilatabilità dell' uretra, possono es-

sere espulse spontaneamente; 4.° finalmente i *calcoli* e le *pietre* che sono delle concrezioni molto più grosse, ed il cui volume è molto superiore al diametro del condotto escretore.

Riuniremo nella descrizione seguente tutte le specie di concrezioni litiche, qualunque sia il loro volume e la loro composizione, purchè occupino gli ureteri o i reni; perchè una volta resi nella vescica, rientrano nel dominio della chirurgia.

Storia. — La conoscenza degli accidenti prodotti dalle concrezioni renali risale alla più remota antichità. Ippocrate ne ha parlato, ma Galeno ed Areteo sono stati più espliciti; la moderna scienza ha poco aumentato le conoscenze patologiche che si possedevano sin da' tempi di Sydenham, di F. Hoffmann e di Boerhaave, ma ha creato la parte chimica e perfezionato di molto la terapeutica. Quindi è che a partire dal 1776, epoca in cui Schéele scoprì l'acido urico, si son veduti i lavori di Wollaston (1796), quelli de Fourcroy e Vauquelin (1804), di Marcel (1817), di Brugnatelli (1819), di Prout (1821), di Magendie (1828); in fine, pochi anni sono il Signor Civiale ha pubblicato sulla malattia calcolosa le ricerche più complete che mai abbiano veduta la luce su questo soggetto, e che sono tanto pregevoli per i dati pratici che contengono quanto per la ricerca di una ben scelta erudizione (1).

Ricerche anatomiche e chimiche. — Abbiain già detto che il volume delle concrezioni urinarie era variabilissimo; il loro numero è pure più o meno considerabile, e trovasi per lo più in ragione inversa del loro volume. Quindi è che un sol calcolo basta per empier e distendere i reni, mentre, si sono rinvenute sino a diecimila renelle in un solo di questi organi. Le concrezioni possono prendere qualunque specie di forma: la loro superficie è levigata, o pure ineguale e bernocoluta. Il loro colorito non è meno variabile; la maggior parte sono rosse o di un giallo pallido, di un bianco o di un grigio sporco; alcune sono del colorito della cenere o nere. Spesso una stessa concrezione presenta molti di questi coloriti ad un tempo, sia in superficie, sia ne' differenti strati. Tra le concrezioni urinarie, le une sono talmente dure che possono appena schiacciare col martello; altre poi, sono talmente molli che possono petrificarsi nello stesso modo dell'argilla, e si dividono siccome corpi fragilissimi; le concrezioni più molli sono precisamente quelle che acquistano più durezza quando si espongono all'aria.

L'analisi chimica ha dimostrato che le concrezioni urinarie potevano essere formate da moltissime sostanze. Quelle che più

(1) *Traité de l'affection calculuse*. Paris 1838. Et *Traitément et préservatif de la pierre et de la gravelle*. Paris, 1840.

frequentemente si rinvencono sono, secondo il Signor Civiale, l'acido urico, gli urati di ammoniaca, di potassa, di soda, di calce; gli ossidi santico e cistico; i fosfati di calce, d'ammoniaca, la silice, il ferro, l'idroclorato di ammoniaca, l'urea, l'albumina, vi si vede la gelatina, la fibrina, i peli, in fine una moltitudine di principi coloranti. Queste diverse sostanze si osservano in modo ineguale ed è impossibile precisarne la frequenza relativa di ciascuna di esse, perchè varia secondo i paesi. Però, in questo clima, non cade dubbio che le concrezioni di acido urico e di urati sono le più comuni; vengono poi, per ordine di frequenza, le concrezioni di ossalito di calce, quelle formate da fosfati, i carbonati e l'acido cistico.

Esaminando queste concrezioni ad occhio nudo, e specialmente col microscopio, si trova che le une sono cristallizzate, e le altre unicamente formate dal semplice aggregato di depositi pulverolenti. Nell'uno e nell'altro caso, dividendo la concrezione, si trova omogenea; altre volte esiste profondamente, e quasi sempre al centro, un punto il quale, per la sua densità e pel suo colorito, contrasta collo stato delle parti vicine. Questo punto costituisce il *nucleo* del calcolo, mentre che si chiamano *scorza* gli strati bornocoluti o a lamine che sono successivamente sovrapposti gli uni agli altri. La maggior parte de' noccioli sono formati dall'acido urico e dall'ossalito di calce, più di rado da' fosfati o dagli urati, in fine alcuni sono costituiti da un grumo sanguigno o dal muco concreto, o pure da qualche corpo estraneo venuto dallo esterno. La scorza è spesso la stessa composizione chimica del nocciolo, e se il precipitato à luogo regolarmente, non si trova alcun linea di limite tra la parte centrale e gli strati formati successivamente. Non succede ciò quando i depositi si son formati in modo intermittente, e specialmente quando la natura chimica è cambiata. In fatti può succedere che qualcuno de' strati abbia una differente composizione. Quindi è che si trovano spesso due ed anche tre sostanze. L'associazione più frequente in questi calcoli, che chiamansi *alteranti*, è quella dell'urico e dell'ossalato calcareo, dell'acido urico e del fosfato, e questo forma ordinarmente lo strato più esterno. Le concrezioni composte non si trovano che nella vescica e specialmente negli ureteri, mentre che quelle le quali esistono ne' reni non sono quasi mai formate che da una sola sostanza.

Le concrezioni urinarie possono, alla stessa guisa di tutti i corpi estranei, produrre diverse alterazioni consecutive negli organi con i quali sono in contatto. Quindi le cavità renali (uretere, calicetto) possono essere semplicemente dilatate; altre volte la mucosa è rossa, spessita, infiammata, ulcerata; allora si trovano tutte le alterazioni che abbiamo descritte nel primo vo-

lume parlando della nefrite e della pielite calcicola. In fine alcune volte i calicetti e l'uretere si dilatano senza infiammarsi; il rene può anche essere convertito in una vasta saccoccia fluttuante scabrosa alla sua superficie, di un enorme volume. Allora spesso volte le sostanze corticale e tubulosa, compresse da dentro in fuori, sono atrofiate e non si rinviene più alcuna traccia; allo interno del sacco esiste un liquido trasparente che contiene sempre una certa quantità di urea; altre volte questo liquido si avvicina tanto maggiormente alla composizione dell'urina per quanto il tumore è meno antico. Quest'alterazione de' reni; che può essere lo effetto di tutti gli ostacoli recati al corso della urina nella vescica, à ricevuto il nome d'*idropisia renale*, d'*idronefrosi*, d'*idrorerale distendimento*; ne abbiamo parlato precedentemente (vedi più sopra).

Sintomi. — Le concrezioni urinarie possono formare ne' reni in maggiore o minor numero, senza che la loro presenza sia manifestata da alcun fenomeno morboso. Quindi non è raro trovare, nello sparo de' cadaveri, uno o molti calcoli che occupano gli ureteleri ed i calicetti, senza che gl'individui abbiano mai provato durante la vita alcun dolore lombare alquanto vivo, o presentato qualche notevole disturbo nella segregazione o escrezione dell'urina. È anche più frequente cosa vedere le persone dell'uno e dell'altro sesso, che godono di tutte le apparenze della salute più florida emettere senza difficoltà e senza alcuna specie di dolore quantità considerabile di sabbia o di renella, ed anche de' calcoli di un grosso volume, come quello di un'avellana. Interrogando però accuratamente questi ammalati, si conosce che la maggior parte provano da più mesi, in modo passeggero o continuo, un senso di peso o pure un dolore ottuso, o almeno semplici formicolii incomodi nella regione lombare. Questi leggieri accidenti si dissipano o diminuiscono dopo che gli ammalati hanno espulso una certa quantità di sabbia rossa o renella. Però nella maggior parte de' casi, il semplice spostamento delle concrezioni urinarie ne' reni, e specialmente il loro passaggio negli ureteri, è indicato da un complesso di sintomi conosciuti sotto i nomi di *attacco* o di *colica nefritica*.

Quindi gli ammalati provano progressivamente, ma quasi sempre bruscamente, un dolore vivo, lancinante, atroce, continuo ed esacerbante, che à sede ne' lombi, e quasi sempre in una metà di questa regione; si esacerba co' movimenti e colla pressione; si diffonde verso i fianchi e sin nella vescica seguendo il tragitto dell'uretere; rimbomba nell'inguine e nella corrispondente coscia; questa è intorpidita, rigida e tremolante. Nell'uomo il dolore si estende anche al testicolo, il quale è ritirato verso l'anello. Gli ammalati provano nello stesso tempo nausea e vomiti biliosi; non trovano riposo, si agitano mai sem-

pre; alcuni si dimenano per terra durante la maggior violenza de' dolori, in fine queste eccitano qualche volta il delirio ed anche le convulsioni. La segregazione urinaria è talmente sospesa quando non esiste che un sol rene, o quando un calcolo s' impegna simultaneamente ne' due ureteri; però, siccome il primo caso è molto raro, e siccome quasi sempre non avvi che un rene ammalato, la segregazione dell'urina non è sospesa, ma soltanto diminuita. Il liquido è ora chiaro, limpido; altra volta è torbido, carico di muco, o più o meno sanguinolento; esce in piccola quantità, e spesso a gocce a gocce: questa escrezione si accompagna a premiti ed a tenesmo vescicale. In mezzo a questi disordini, il polso rimane qualche volta calmo; il più delle volte la circolazione si accelera, il calore si eleva; in fine un apparato febbrile più o meno intenso à luogo.

Questi accidenti presentano un corso continuo ed esacerbante; durano comunemente molte ore; frequentemente si prolungano per ventiquattro, trentasei o quarantott' ore. Poi i sintomi gravi diminuiscono a poco a poco; alcune volte finiscono di botto, e gli ammalati passano allora dalle più vive sofferenze allo stato della salute più perfetta. Questa cessazione degli accidenti indica che la concrezione urinaria à ripreso il suo primitivo posto, o pure che essa è giunta nella vescica; in questi ultimo caso gli ammalati emettono, dopo poco tempo, uno o molti calcoli.

Se i sintomi gravi che abbiamo indicati lungi di calmarsi continuano, se il calcolo rimane nella sua viziosa posizione, il rene s' infiamma, e si osserva allora quella serie di sintomi che abbiamo precedentemente descritti (Vedi *Nefrite e Pielite*). In questo caso, la disorganizzazione de' reni à luogo ora rapidamente e tanto rapidamente che la morte può succedere dopo alcuni giorni; ora si architetta lentamente; ed allora l'esito funesto può essere lo effetto di una peritonite, la quale si sviluppa, sia per semplice contiguità di tessuto, sia in seguito del perforamento del calicetto nel punto compresso dal calcolo, perforamento che è seguito da un versamento di urina nel ventre. La morte può essere anche lo effetto dell'abbattimento o eccitamento del sistema nervoso, ogni qual volta che avvi delirio o convulsione. Alcuni ammalati finalmente periscono cogli accidenti della febbre urinosa; ma ciò à luogo soltanto quando gl'individui non hanno che un sol rene o un solo uretere, e che il calcolo, essendo collocato in modo ad impedire affatto che l'urina arrivasse nella vescica, forza questo liquido ad accumularsi al di sopra dell'ostacolo: il rene si estende allora, e non compie più le sue funzioni. Questo accidente, se dura, produce necessariamente la morte dopo pochi giorni.

Di rado un individuo colpito da un accesso di colica nefritica va esente da un novello attacco dopo un tempo più o meno lungo. Spesso molti anni trascorrono, come dieci, dodici o quindici anni, prima che un novello accesso si riproduca. Però di rado si osservano di sì lunghi intervalli; o solo quando le concrezioni sono espulse dopo ciascun accesso, o quando non esiste nella economia maggiore tendenza a riprodurle. Se poi il corpo estraneo, spostandosi soltanto, continua a rimanere nel rene ed a crescere mediante la sovrapposizione allo esterno di novelli strati, gli accessi si ravvicineranno, e gli ammalati periranno lentamente, con i sintomi di una suppurazione cronica de' reni. In altri la urina, accumulandosi al di sopra dell'ostacolo, distende il rene, e lo converte in una specie di saccoccia o di vescica, alterazione che abbiamo prima descritta sotto il nome d'*idronefrosi*. In fine, alcuni individui, dopo aver lungo tempo sofferto ne' reni, si ristabiliscono, ma non tardano a presentare tutti i sintomi di un calcolo vescicale. Allora succede spesso che se questi ammalati vengono liberati mediante il taglio o la litotrisia, si vede tosto un novello calcolo discendere da' reni e riprodurre gli stessi accidenti.

Diagnosi. — La diagnosi della renella non può stabilirsi in modo positivo se non quando gli ammalati rendono la sabbia o la renella, o quando provano il complesso de' sintomi che caratterizzano un accesso di colica nefritica; questa non può essere confusa che con una colica epatica o con una novralgia ileo-scrotale, o pure colla lombaggine. Abbiamo precedentemente indicato la diagnosi differenziale colla prima di queste malattie; ci riserbiamo di parlare più tardi della diagnosi delle due altre.

Se l'uscita di una o molte renelle basta per caratterizzare la sabbia, non è assolutamente necessaria per i sedimenti pulverolenti, rosei, rossi o gialli, che si osservano di tempo in tempo, ma in modo affatto passeggero, nella urina e nella maggior parte di quelli ben portanti. Si è detto che se questa uscita di sabbia aveva luogo molte volte al mese, accompagnata o pur no da dolori, bisognerebbe considerarla come un segno certo di renella (Magendie). Però nessuna opinione positiva può essere emessa su questo punto.

Importa molto per la cura di determinare coll'analisi chimica quale è la natura delle concrezioni; perchè il colorito e le altre proprietà fisiche non possono dare su di ciò alcuna certezza, ma solamente supposizioni: quindi le concrezioni giallo-rossastre indicano per lo più la presenza dell'acido urico; quelle di un giallo di arancio appartengono all'ossalato di calce, mentre le concrezioni di ossido cistico sono per lo più di un giallo citrino; quelle che sono bianche o di un bruno pal-

Non sono ordinariamente formate da un fosfato di calce: le concrezioni di fosfato ammoniaco-magnesio sono di un bianco grigiastro, friabili, e di superficie ineguale: in fine il colorito grigio è più speciale a' calcoli di urato di ammoniaca. L'analisi dell'urina può, indipendentemente da quella delle concrezioni, fornire elementi alla diagnosi. Così il Signor Rayer à provato che nella renella urica l'urina era *acida*, e che il sedimento offriva de' cristalli romboidi di un giallo grigiastro. Filtrata, addiviene leggermente torbida quando si tratta coll'acido nitrico, che precipita una piccola quantità di acido urico e di albumina mista o pur no a globetti sanguigni. Nella renella fosfatica, per lo contrario, l'urina, *alcalina* e torbida quando vien fuori, si rischiarà dapprima coll'addizione dell'acido nitrico; qualche volta però divien torbida aggiungendovi una maggior quantità di acido, cioè quando contiene l'albumina; il sangue o il pus. Torna superfluo dire che l'attenta osservazione delle concrezioni, e specialmente la loro analisi chimica, potrebbe solo far scoprire la superchieria di alcuni individui i quali, dicendosi affetti da renella, presentano al medico la sabbia ordinaria o i frantumi di pietre.

Pronostico. — La renella è sempre malattia grave; la sua gravezza però è in ragione della frequenza e della lunghezza degli accessi di colica nefritica.

Etiologia. — I calcoli statistici del Signor Civiale hanno provato che la malattia calcolosa era comunissima nella infanzia, quasi nella metà degli ammalati al disotto di quattordici anni; però sembra che i fanciulli sono specialmente affetti da' calcoli vescicali, mentre in essi le concrezioni litiche sono molto meno comuni ne' reni; ciò prova la rarità delle coliche nefritiche nella infanzia, mentre le alterazioni organiche dovute alla presenza de' calcoli sono frequentissime ne' reni degli adulti e dei vecchi. Non è ancora provato che la malattia potesse trasmettersi per via ereditaria. La donna è molto meno soggetta dell'uomo alla renella. Le professioni sedentee sembrano predisporvi di più. La malattia regna in tutti i climi, e pare che nelle regioni equatoriali la renella si presenti con i sintomi più gravi. Avvi ancora delle località nelle quali la malattia è comunissima, mentre che ne' paesi vicinissimi è quasi sconosciuta, senza che queste variazioni potessero sempre spiegarsi per le differenze nelle condizioni igieniche. La maggior parte degli autori considerano certe sostanze o certi generi di alimento come cause predisponenti ed anche determinanti della renella: quindi è che il regime azotato determinerebbe le concrezioni di fosfato di calce, di fosfato ammoniaco-magnesio, di ossido cistico, e specialmente di acido urico: il nutrimento esclusivamente vegetabile produrrebbe per lo contrario le concrezioni di carbo-

nato di calce, e l'uso immoderato di bietola le concrezioni di ossalato di calce. Numerosissimi fatti hanno dimostrato la verità di queste asseritive; però non bisognerebbe accordare una troppo grande influenza al regime: oltre a che questo agisce tanto per quanto esiste una predisposizione speciale della economia. Questa preesistente disposizione spiega perchè l'uso di certe sostanze, come la insalata, il formaggio, la birra, determina quasi costantemente la formazione di una certa quantità di sabbia o di renella in certi individui. Il vino bianco e l'uso delle acque salmastre sono stati considerati per lungo tempo siccome cause attive della renella; questa opinione però è priva di fondamento. In generale si crede che un esercizio smodato, i copiosi sudori, diminuendo la quantità dell'urina, favoriscono la precipitazione de' sali che contiene, ed addiventano così una causa attivissima della renella. Questa opinione è in rapporto colle idee fisiologiche; però la esperienza non ancora è pronunziato sufficientemente sul suo valore. Certe malattie sono state pur anche considerate come cause più o meno attive di renella; citeremo in primo luogo tutte le affezioni del collo della vescica e dell'uretra le quali opponendosi alla escrezione della urina, costringono questo liquido a restare nella vescica e ne' reni, ed a depositare i sali che vi sono sciolti o sospesi. La stessa influenza è stata attribuita al soggiorno troppo prolungato nel letto ed all'abitudine di trattenerne le urine. Però nello stato attuale della scienza torna impossibile emettere a questo soggetto una opinione che sarebbe la espressione de' fatti. La gotta è stata considerata come una causa potentissima della renella, o piuttosto la gotta e la renella sono state considerate come la espressione di una istessa diatesi. Però la scienza non possiede tali fatti ben osservati che potessero dimostrare la frequente incidenza delle due malattie perchè si fosse autorizzato a stabilire tra esse una certa relazione.

Cura. — Nella cura della renella bisogna seguire molte indicazioni: 1.° bisognerà anzi tutto combattere gli accidenti acuti prodotti dallo spostamento de' calcoli; 2.° favorire l'uscita di questi corpi estranei, o cercare di scioglierli; 3.° in fine, si prescriverà un convenevole regime per prevenire la formazione di novelle concrezioni.

Quando si è chiamato presso un individuo che trovasi nelle torture di una colica nefritica, siccome non esiste alcun mezzo efficace per espellere il calcolo e farlo cambiar di sito, bisogna cercare di calmare i patemi mediante l'oppio; si continuerà l'uso di questo rimedio sino a che i dolori siano calmati. Per produrre questo effetto è spesso necessario che la dose del medicamento sia portata sino a 30, 40, 50 centigramme, ed anche più: torna inutile dire essere necessario di molta pru-

denza. Quando i dolori sono atroci, possono amministrar di botto 10 centigramme di oppio per la bocca o per clisteri; però bisogna che un certo tempo, un' ora almeno, abbia luogo tra una dose e l'altra, e questa non dovrà essere maggiore di 25 milligramme; oltre a che bisognerà allontanarle o ravvicinarle secondo gli effetti ottenuti. Nello stesso tempo si avvolgerà la regione de' reni di cataplasmi emollienti aspersi di laudanno; gli ammalati saranno immersi nel bagno tiepido, e vi rimarranno per quanto più possibile. Beveranno una grande quantità di tisane diuretiche, onde aumentare la segregazione urinaria, e ciò torna spesso un mezzo efficacissimo per spostare e portar via il calcolo. Sarà cosa utile vuotare lo intestino mediante un clistere emolliente o purgativo. Questa precauzione è anche indispensabile quando torna necessario amministrare l'oppio per la via del retto, in ragione de' vomiti ostinati che tormentano gli ammalati. Quest'ultimo sintomo dovrà esso stesso calmarsi coll'uso delle bevande gassose o ghiacciate prese in piccola quantità in ciascuna volta. Se accidenti infiammatori si sviluppessero, bisognerebbe sollecitare i salassi generali e locali, e regolarsi siccome abbiamo consigliato all'articolo *Nefrite*.

Quando gli accidenti si calmano, benchè il calcolo rimanga ne' reni, si cercherà di espellerlo o scioglierlo, o pure impedire che si aumenti, mediante una cura analoga. Quindi gli ammalati faranno un moderato esercizio; prenderanno i bagni, e faranno uso di bevande gassose, diuretiche, o di alcune acque minerali, come le acque di Seltz, di Pongues, di Contrexville, di Bussang, di Carlsbad, ec., prese in grande quantità. Però la cura non sarà razionale e veramente efficace, se non quando lo ammalato avendo espulso alcune renelle, si potrà studiare la loro chimica composizione. Allora la cura varierà secondo il predominio delle sostanze. Così ne' calcoli di acido urico, gli ammalati saranno sottoposti ad un regime esclusivamente vegetabile, o almeno si concederà loro la più piccola quantità possibile di alimenti azotati: le carni nere o troppo sostanziose saranno pros critte, e faranno uso solamente delle carni bianche di pesci; i legumi erbacei dovranno specialmente formare la base dello alimento, ed anche costituirlo per intero se lo stato dello stomaco e la salute generale non vi reca ostacolo. Si proscriveranno gli alcoolici, i vini generosi e generalmente tutti gli eccitanti diffusivi. Molti autori però fanno una eccezione in favore del caffè, che considerano come utile nel fatto. Gli ammalati si limiteranno all'uso de' vini deboli, rotti coll'acqua alcalina naturale, come quella di Vichy, o aggiungendo nell'acqua pura una certa quantità di bicarbonato di potassa o di soda. Questo regime può essere tollera-

to per molti mesi senza tedio e senza inconveniente per la salute generale. Questa cura conviene pure quando i calcoli sono formati dall'urato di ammoniaca, dal fosfato di calce e dal fosfato ammoniaco-magnesio, e forse anche quando sono costituiti dagli ossidi santico e cistico. I calcoli di carbonato di calce richiederebbero, per lo contrario, l'uso di un regime animale e di bevande gassose acidole, o semplicemente diuretiche. Questa cura ci è sembrata efficace in alcuni casi; però non osiamo dire per sciogliere i calcoli esistenti, ma almeno per opporsi alla formazione di novelle concrezioni, e per impedire gli accessi di colica nefritica, i quali prima della cura si rinnovavano frequentemente. Consigliamo le bevande alcaline e l'acqua di Vichy in particolare; però non facciamo ciò che per certi casi speciali, e non in tutte le affezioni calciose; pensiamo in oltre che il loro uso non deve continuarsi per lungo tempo, perchè numerosi fatti raccolti dal Signor Leroy d'Étiolles dimostrano in modo certo che l'uso troppo prolungato delle acque di Vichy e le bevande alcaline può, naturalizzando gli acidi liberi dell'urina, favorire i calcoli di fosfato e di carbonato di calce e di magnesia; il più delle volte i sali si precipitano alla superficie de' calcoli di acido urico che da un tempo più o meno lungo esistono nelle vie urinarie: ciò aumenta necessariamente il loro volume. E questo un fatto che mi è stato dato verificare una volta.

DELLE CONCREZIONI POLMONALI, SPECIALMENTE DI CARBONE

Gli autori anno da lungo tempo parlato, specialmente Morgagni e Bonnet, delle concrezioni ossee o cretacee che osservansi frequentissime ne' polmoni. La maggior parte anno fatto dipendere da questi prodotti una serie di accidenti più o meno gravi. Così Cullen li considerava come una causa frequentissima di asma, e Bayle, si sa, ne faceva una causa di eticia polmonale. Dopo Laënnec, dopo i suoi immortali lavori, questi prodotti morbosi sono stati meglio conosciuti: in fatti Laënnec è quello il quale à stabilito il primo che non solo le concrezioni di eni trattasi non erano una causa di consunzione, ma che bisognava considerarle come un modo di trasformazione della materia tubercolosa, come un prodotto degli sforzi della natura per la cura della eticia. Ha aggiunto che per lo più la loro esistenza ne' polmoni non si manifestava durante la vita con alcun sintomo grave. Tutti gli osservatori anno verificato la esattezza di queste proposizioni; quindi non insisteremo di più su questi fatti,

la cui esposizione sarà meglio stabilita quando ci faremo a parlare della eticia polmonale.

Avvi un' altra specie di concrezione non meno comune della precedente; intendo parlare della materia nera che osservasi costantemente ne' polmoni de' vecchi, e che, quando esiste sotto forma di masse considerabili, è stata descritta sotto i nomi di scirro, di cancro, di melanosi, ec. Il Signor Natalis Guillot ha pubblicato nel 1845, negli *Archives de médecine*, un distinto lavoro su questo punto di anatomia patologica, ed è pervenuto a dimostrare nel modo più positivo che questa materia nera altro non era che carbone, il quale si formava di ogni materia durante tutto il tempo della vita umana. In queste linee che sieguono esporremo brevemente le principali idee date da questo distinto medico.

La materia nera comincia a manifestarsi durante la età adulta, ma si accumula specialmente negli ultimi anni della esistenza. Essa comparisce dapprima sotto forma di una polvere nera, irregolarmente disseminata nella trame de' canali aerei. In sino a tanto che queste molecole abbiano formato degli ammassi di qualche volume, non sembrano modificare sensibilmente la intima organizzazione de' polmoni; non succede del pari quando la materia carbonica è accumulata in certa quantità, perchè determina allora la chiusura delle piccole estremità vascolari, che derivano o dall' arterie o dalle vene polmonali, in guisa che questi punti sono da quel momento inatti alla respirazione. Aggiungiamo ancora, sempre secondo il Signor Guillot, che, quando gli accumoli di carbone sono considerabili tanto da acquistare un volume eguale in tutti i sensi ad un millimetro, hanno anche determinato la chiusura di uno ed anche di molti canali aerei.

Gli ammassi di carbone hanno una variabilissima estensione: in fatti vi sono infiniti accumoli, dalla materia nera che è disseminata sotto forma di polvere sino a masse compatte del volume di un arancio. Quando così avviene, il parenchima polmonale, privo di questi canali aerei e venosi, altro non forma che una specie di ammasso resistente allo scalpello ed alla pressione qualche volta durissimo poco elastico, simile al cartone bagnato e colorato in nero, qualche volta al cuoio bollito nell' acqua saturata di nero fumo. Questa materia si putrefa lentamente, e colla semplice lavanda il carbone non può essere isolato. Per ottenere ciò, bisogna tentare una moltitudine di sperienze chimiche che non spetta a noi descrivere in cotesto luogo. Checchè ne sia, la materia nera una volta isolata, si riconoscono in essa tutti i caratteri e tutte le proprietà del carbone.

I vecchi che portano ne' loro polmoni questo ammasso di carbone sono gracili, pallidi, deboli, senz' appetito, soffrono

da lungo tempo una tosse secca, o pure espettorano sputi bianchi o opachi che nuotano spesso nella pituita fluente, e qualche volta sono sanguinolenti. Alcuni di questi ammalati anno emottisi più o meno gravi, avvi soffio nella espirazione ed inspirazione, e la voce è rimbombante. Ci sembra molto difficile arrivare durante la vita alla diagnosi precisa dell' alterazione: crediamo, nonostante la testimonianza del Signor Guillot, non potersi avere a questo riguardo che una semplice presunzione fondata specialmente sulla età de' malati, sulla frequenza della lesione a questo periodo della vita, e sulla poca frequenza relativa dell' affezion tubercolosa.

Checchè ne sia, lo ammasso della materia nera ne' polmoni può essere, dietro le ricerche del Signor Guillot, la sola causa della morte de' vecchi, rendendo una maggiore o minore estensione de' loro polmoni impermeabile alla respirazione ed alla circolazione. Aggiungiamo che in molte malattie acute e croniche del petto ne' vecchi, la presenza di molecole carbonose aumenta il grado di gravità di queste malattie, e può spiegare l'esito fatale di alcune tra esse.

Il deposito di materia carbonosa che abbiamo studiata a luogo in un modo spontaneo ne' polmoni dell' uomo pel solo fatto de' progressi della età. Essa non dipende mica, siccome lo credeva Laënnec, dal trasporto meccanico negli organi respiratori di particelle carbonose sparse nell' aria dal fumo delle lampade e de' corpi combustibili de' quali ci serviamo giornalmente. Però non neghiamo che la polvere del carbone sospesa nell' atmosfera potesse, penetrando ne' bronchi, depositarsi alla superficie de' canali aerei o nelle cavità accidentali scavate nel parenchima polmonale, perchè alcuni fatti raccolti in Inghilterra da' dottori Gregory, Carswell, Marshall, Graham; W. Thomson, Calvert-Holland, ed in Francia da' signori Behier Rilliet, lo provano in modo indubitato. In fatti si è veduto molte volte individui, i quali per stato vivevano in un' atmosfera peggiorata di particelle carbonose, morire, gli uni di affezioni acute o croniche del petto, gli altri di malattie estranee agli organi toracici, e presentare nell' autopsia delle masse nerastre contenute ne' polmoni, le quali sottoposte all' analisi, presentavano tutti i caratteri del carbone. Questi stessi organi non presentavano qualche volta alcun' alterazione; in alcuni casi però esistevano dei cavi forse tubercolosi. Questi son sembrati a' signori Gibson ed Andral preesistere alla introduzione delle particelle carbonose nelle vie respiratorie, mentre che i signori Gregory e Marshall considerano queste lesioni come consecutive all' azione del carbone, e come determinate da essa: questa ultima opinione è la meno probabile. La scienza però manca ancora di sufficienti fatti per risolvere tutti i problemi che si riportano a questa interessante quistione.

DEGLI ANIMALI PARASSITI

Si sviluppano frequentemente negl' individui appartenenti alle diverse classi animali altri esseri i quali godono vita propria, ma che però non possono né nutrirsi né propagarsi fuori de' corpi viventi o anche fuori degli organi che loro sono stati assegnati per dimorare. Questi nuovi esseri formano la grande classe degli animali *parassiti*. Si possono dividere in due ordini: gli uni abitano il parenchima degli organi più profondi o certe cavità, come il tubo intestinale, i canali biliari, ec., gli altri, per lo contrario, sono fissati alla periferia del corpo, e non oltrepassano la spessezza della pelle o il tessuto cellulare sottocutaneo. Si chiamano i primi *entozoi*, *epizoi* i secondi.

Dovendo studiare gli entozoi sotto il rapporto patologico soltanto, non ci occuperemo affatto delle differenti classificazioni proposte da' naturalisti. Crediamo sufficiente cosa dividere gli entozoi in due grandi classi, cioè: quelli che possono svilupparsi indifferentemente in molti organi o tessuti, e quelli che sono speciali a certi organi del corpo. Tra i primi si trovano forse tutti i vermi vescicolari; ne' secondi sono i *lombrici*, gli *ossiuri*, il *tricocefalo*, la *tenia*, lo *strongolo*, la *doga del fegato* ed il *trachino-spiralis*.

Le ricerche de' naturalisti hanno oggi stabilito indubitabilmente che nessuno degli entozoi dell' uomo esiste fuori di lui ed in alcuno de' mezzi che lo circondano. Però invece di conchiudere allora per la generazione spontanea di questi parassiti, alcuni autori hanno pensato che questi ultimi potevano non essere altra cosa che piccoli animali aquatici o terrestri, i quali introdotti nel corpo umano, rivestivano le forme ed una novella organizzazione, come se avesse luogo una vera metamorfosi. Con ragione questo modo di vedere è stata oppugnata, cioè che gli entozoi potevano esistere nel corpo del feto, e che spesso se ne formavano negli organi che non hanno alcuna specie di comunicazione allo esterno. Altri, allo esempio di Pallas e di Brera, hanno emessa una opinione non meno strana. Essi pensano che i germi sono prodotti dagli entozoi, e che espulsi dalla economia, vi rientrano in seguito per mezzo dell' aria, delle bevande, degli alimenti, ec. Questa dottrina però allontana la difficoltà senza vincerla; perchè, ammettendola, non bisogna credere meno ad una origine spontanea dell' elmintonosi che a dato origine a tutti gli altri. Crediamo dunque colla maggior parte de' moderni, fortificandoci coll' autorità di Swammerdam, Vallisnieri, Rudolphi, Bremser, che gli entozoi si formano primitivamente per generazione spontanea nel corpo degli animali; ciò risulta chia-

ro dalle obiezioni precedentemente opposte alle due dottrine rivali. La generazione spontanea degli entozoi, sotto la influenza di cause patologiche, non è più straordinaria del prodotto dei zoospermi nel testicolo dell'uomo; sono questi degli atti egualmente organici, morbosi in un caso, fisiologici nell'altro, ed il cui meccanismo s'invola a tutte le nostre spiegazioni. Gli entozoi tosto formati si riproducono in seguito in diversi modi. Quindi in quelli la cui organizzazione è talmente semplice da negar loro l'animalità (gli *acefalocisti*), la riproduzione è luogo pel germe e pel incastramento; in altri, come il *cisticerco*, a luogo per propaggini; la maggior parte degli altri sono ovipari; i semi ora sono distinti, ora avvi ermafroditismo.

Quantunque gli entozoi possono essere osservati in tutte le età della vita, vedremo però che molta specie di elminti sono più speciali a certe età: ve ne sono di quelle particolari a certi climi. Le cause che sembrano avere la maggiore influenza nella generazione spontanea degli entozoi sono: l'abitazione umida, il nutrimento grossolano, e generalmente tutte le dispiacevoli condizioni alle quali le classi povere sono esposte. Oltre a queste cause però, vi bisogna ancora una interna predisposizione, e questa è talmente attiva in certi casi che riproduce la malattia successivamente o simultaneamente in molti punti del corpo; e ciò costituisce la *diateasi verminosa*.

La conoscenza delle cose sin qui dette, indica che nelle malattie verminose, bisogna tosto allontanare gli ammalati dalle cause debilitanti alle quali sono esposti; poi si amministreranno le numerose sostanze nominate antelmintiche o vermifughe; però la loro scelta sarà stabilita dalla considerazione della specie elmintica che bisogna combattere e del luogo che occupa. Oltre a che, tra queste sostanze, le une agiscono sviluppando un'azione tossica sull'animale, altre hanno un'azione meccanica soltanto: tali sono i purganti ed i vomitivi, i quali possono qualche volta agire come tossici.

DELLE IDATIDI

Sotto il nome d'*idatidi*, gli antichi autori hanno confuso molte specie di vermi vescicolari e diversi tumori cistici. Solamente verso il finir del XVII° secolo tre abili osservatori, Hartmann, Tison e Malpighi distinsero tra essi prodotti così dissimili, dimostrando quasi ad un tempo che molti di questi tumori idatidici erano costituiti da esseri viventi. Meno di un secolo più tardi, Pallas (1766) aggiunse a questi primi lavori delle ricerche anche più precise. Si avvidero tosto però che que-

sti vermi non potevano comprendersi in un genere unico. Molte divisioni sono state poscia proposte, ed oggi quasi tutti i zoologi ed i patologi distinguono cinque generi d' idatidi, cioè: l' *acefalocisto*, il *cisticervo*, il *policefalo*, il *ditrachiceros* e l' *echinococco*.

DEGLI ACEFALOCISTI

Laënnec, in un distinto lavoro letto nel 1804 alla Società della facoltà di medicina, à proposto d' indicare sotto il nome di *acefalocisti* (1) alcuni vermi vescicolari consistenti in una vescica ripiena di un liquido trasparente, che non offrono alcuna apparenza di corpo nè di testa, liberi da qualunque aderenza, e contenuti in una cisti.

Caratteri generali. — Gli acefalocisti sono tra tutti i vermi vescicolari quelli che si osservano più frequentemente nel corpo umano: possono formarsi in tutti i tessuti, in tutti gli organi, ed anche, {dicesi, nelle cavità sierose (Reynaud)}; però non sono così frequenti altrove quanto negli organi parenchimatosi, particolarmente nel fegato; poi vengono per ordine di frequenza, i polmoni, le ovaie, i reni, il cervello, la milza, l'utero; se ne trovano ancora tra le vertebre e la dura madre, nelle cripte mucose, nel tessuto cellulare esterno, ne' muscoli e nelle ossa. Gli acefalocisti sono costituiti da vescichette; la loro grossezza varia da quella di un granello di canapuccia sino a quella della testa di feto maturo: la maggior parte hanno un volume di un' avellana o di una noce; sono ovoidi o rotondi; le loro pareti sono sottili, fragili, omogenee, senza fibre distinte, elastiche ed estensibili; sono scolorate, qualche volta grigiastre o color di latte: alcuni offrono de' punti bianchi, opachi, formati da un semplice spessimento delle pareti; altra volta sono piccoli corpi sferici del volume di un granello di miglio o di un piccolo pisello, considerati generalmente come specie di bottoni i quali, dopo essere giunti ad un grado di sufficiente sviluppo, si distaccano, cadono nella cavità interna, e costituiscono novelle saccoccie. Tale è forse la origine degli acefalocisti contenuti nelle vesciche più grosse: allora questi costituiscono veramente gli acefalocisti *madri*. Sono però surti de' dubbi sulla natura di questi corpiccioli, perchè alcuni osservatori li considerano come una specie di entozoi chiamata echinococco. Il liquido contenuto in ciascun acefalocisti è ordinariamente lim-

(1) Derivato da ἀκεφαλή, senza testa, e da κύστις, vescica. Vescica senza testa.

pido, e fornito di tutte le proprietà dell' acqua debolmente aluminosa. Gli acefalocisti solitari o moltiplici sono sempre chiusi in una cisti resistente composta generalmente da molti strati, e quasi simile per la sua struttura a' ligamenti articolari. La spessezza di queste cisti è generalmente in rapporto colla loro antichità; qualche volta hanno subito parzialmente la trasformazione cartilaginea o ossea. Lo interno della cisti è tappezzato da una membrana levigata, di aspetto sieroso, che manda un liquido trasparente, nel quale nuotano le idatidi. Questo fluido è identico a quello contenuto nelle stesse vescichette. La cisti sta aderente più o meno intimamente alle parti vicine: queste non sono affatto distrutte, ma soltanto appianate, un poco condensate, e qualche volta atrofiate in seguito della compressione che il tumore esercita su di esse.

Ciò che precede costituisce lo stato fisiologico dell' acefalocisti; ma spesso si trova che il liquido contenuto nella cisti è opaco e purulento; la membrana interna è ineguale, ulcerata; le idatidi sono rotte, appassite; il liquido che contengono è giallo, opaco, purulento. Allora possi conchiudere che è esistita infiammazione della cisti: in tutti questi casi gli acefalocisti sono morti.

Gli acefalocisti debbonsi realmente considerare come animali, e pure come semplici prodotti morbosi senza carattere di animalità, come una materia organica particolare, come lo pensa il Signor Dumeril? È questa una quistione che non dobbiamo decidere. Però siamo inclinati ad adottare questa ultima opinione, fondata sulla mancanza di qualunque specie di organo, e perchè sin ora non si è potuto vedere alcun movimento spontaneo, quantunque Percy abbia preteso il contrario. La loro riproduzione per via di bottoni è la principale prova che invocasi in favore dell' animalità.

Abbiamo descritto gli acefalocisti siccome è stato praticato ne' libri classici; ma le recenti osservazioni tenderebbero a far credere che queste idatidi non costituirebbero altro che un involucre protettore, e conterebbero sempre una specie di entozoi chiamato *echinococco*: verrà ciò da noi esposto più tardi (vedi *Echinococco*).

Sintomi, corso. — I tumori acefalocisti, avendo uno sviluppo lentissimo, acquistano spesso un considerabile volume senza che alcun sintomo li manifesti. Però diversi fenomeni morbosi si manifestano, e specialmente dipendenti dalla compressione che il tumore esercita sia sull' organo nel quale si sviluppa, sia sopra un organo vicino. Quindi è che una cisti acefalocisti sviluppata nelle pareti dello intestino reca ostacolo al corso delle materie fecali, e può produrre tutti gli accidenti dell' ileo. Quando l' acefalocisti nasce nel cervello si manifestano tutti i sinto-

mi che hanno luogo quando un tumore si sviluppa lentamente nel cranio e comprime lo encefalo.

Se il tumore acefalocisti protubera allo esterno, la sua esplorazione potrà fornire alcuni importanti caratteri. Nella maggior parte de' casi, è una forma rotonda, una resistenza elastica, e si sente più o meno distintamente la fluttuazione. Percosso, offre un suono matto; la percussione fa pure sentire qualche volta un rumore particolare, o piuttosto il dito che percuote prova la sensazione di una specie di movimento vibratorio, paragonato al fremito che si produce percuotendo una mostra a ripetizione sulla faccia opposta al vetro. Si è dato a questo fenomeno il nome di *rumore* o di *fremito idatico*. Indicato dal Signor Tarral, a torto alcuni ne hanno negato il valore diagnostico o la esistenza. Sosteniamo che questo segno esiste realmente, aggiungiamo ch'è patognomonico, perchè non si osserva in alcun'altra circostanza; disgraziatamente però si trova di rado, e spesso non esiste che di passaggio. Si crede che questo fenomeno sia prodotto dalla collisione di molte idatidi o dal loro movimento nel liquido, quando si agita il tumore colla percussione. Questo segno deve mancare dunque quando non avvi che un solo acefalocisti, o quando il sacco è troppo disteso o incompletamente ripieno. In generale i cistici acefalocisti producono poco dolore; quando non sono troppo voluminosi o che non comprimono un organo importante, possono esistere lungo tempo senza alterare la nutrizione; nel caso contrario, gli ammalati languiscono e si depauperano. Alcune volte però il tumore è la sede di dolori vivi e laceranti; sembra aumentar di volume; avvi mal'essere e febbre. Questi accidenti, che per lo più sono spontanei, si manifestano qualche volta in seguito di una contusione del tumore, ed indicano che questo è la sede di una flemmasia, la quale à per ordinario risultato di uccidere le idatidi e di sostituire il liquido trasparente del cistico da un siero torbido o da pus.

Esiti, durata. — I cistici acefalocisti possono guarire colla uscita delle idatidi allo esterno; altre volte il cistico si chiude e ritorna su di se stesso; finalmente può trasformarsi in un nocciolo fibroso. Altre volte la malattia à un esito funesto; allora la morte à luogo, ora per l'ostacolo che il tumore appor- ta al compimento di certe funzioni; ora con i sintomi generali e locali che accompagnano la maggior parte delle malattie organiche gravi, come i dolori vivi, dimagrimento, debolezza crescente: ciò à luogo specialmente ne' casi in cui il tumore è voluminoso ed è stato spesse volte infiammato. Altre volte gli ammalati periscono in seguito della rottura del tumore in una sierosa, come il peritoneo o la pleura: se il cistico si apre all' esterno, può infiammarsi consecutivamente e suppurare; se è

vasto, la morte allora à luogo per consunzione, o pure con i sintomi di assorbimento purulento. La durata della malattia è variabilissima; di rado è minore di cinque a sei mesi; il più delle volte si estende a molti anni; in alcuni casi eccezionali, si prolunga per lo spazio di venti o trent'anni.

Diagnosi. — Quando gli acefalocisti si sviluppano negli organi profondi o sono protetti da involucri resistenti, e quando non si può essere illuminati che da' disturbi funzionali, la diagnosi è quasi impossibile: ciò à luogo specialmente per gli acefalocisti nati nel cranio, nel canale rachidiano, nelle parti profonde, nel petto e nello addome. Quando il cistico protubera allo esterno, abbiám veduto che potevasi riconoscere la sua natura dalla resistenza elastica delle sue pareti, dalla fluttuazione e dal fremito idatico. Però quest' ultimo segno, il solo patognomonico, esiste raramente, in modo che nella maggior parte de' casi si arriva alla diagnosi solo per la via di esclusione, e ciò perchè i principali caratteri delle malattie più frequenti, come lo sarebbero, per esempio, gli ascessi, mancano, e si è condotto a sospettare gli acefalocisti. In questi casi si oscuri, si è consigliato di praticare una puntura esploratrice con un tre quarti estremamente sottile. Se cola un liquido chiaro, trasparente, bisogna, dicono, diagnosticare gli acefalocisti. Questa diagnosi, ne convengo, sarà esatta nella maggior parte de' casi: però non bisogna dimenticare esistere de' cistici sierosi semplici. Checchè ne sia, non vediamo alcun vantaggio per la cura nell' uso di queste punture esploratrici, oltre a che non sono senza pericolo: quindi possono essere seguite dalla infiammazione del cistico o dal versamento del liquido che contiene in una membrana sierosa, quando il tumore, sviluppato, per esempio, in uno de' visceri addominali, non à contratto per anco aderenza con le pareti del ventre. Torna inutile dire che l'uscita di uno o molti acefalocisti per qualche apertura naturale o accidentale distrugge qualunque incertezza.

Pronostico. — Il pronostico degli acefalocisti è generalmente grave; però questa gravezza varia secondo una moltitudine di circostanze: quindi il pericolo è tanto più grande in quanto il cistico occupa, avvicina e comprime un organo più essenziale alla vita; quindi è che i piccoli acefalocisti bastano per uccidere gli ammalati, se sono sviluppati nel cervello; mentre che di più voluminosi possono esistere lungo tempo nella milza, nel fegato, ne' reni, senza nè anche manifestarsi con alcun fenomeno morboso. Il volume del cistico, le alterazioni sopravvenute nelle sue pareti; la profondità alla quale è situato, l'influenza pericolosa che la costituzione prova sono altrettante circostanze che debbono rendere il pronostico più pericoloso.

Etiologia. — Nulla sappiamo di positivo sulla origine degli acefalocisti nell' uomo e sulle loro cause, sia predisponenti, sia efficienti: si sono veduti qualche volta dietro una contusione. Nei ruminanti, la malattia nasce specialmente sotto la influenza dell'umido e quando si nutriscono questi animali coll'erba umida. I cistici acefalocisti si osservano specialmente nella età media.

Cura. — Per impedire lo sviluppo degli acefalocisti, e per uccidere quelli che si sono sviluppati, hanno consigliato l'uso di diverse sostanze, come il sal marino allo interno e sotto forma di bagni, il calomelano, l'olio empireumatico o antelmintico di Chabert; però disgraziatamente la scienza non possiede ancora tale serie di fatti sufficienti a giustificare la confidenza che alcuni ripongono ancora nell' uso di questi rimedi.

Quando il cistico è alla portata degli strumenti, bisogna sollecitarne l'apertura mediante il bisturi, o colla polvere di Vienna. Quest' ultimo processo è da preferirsi, quando, dovendo traversare una membrana sierosa, bisogna stabilire delle solide aderenze tra il cistico e la parete della cavità splancica, affin di prevenire un versamento che sarebbe mortale. Per ciò si colloca sulla parte più protuberante del tumore un pezzetto di caustico di Vienna solidificato, della grossezza di una moneta da due franchi almeno; l'escara formata, s' inoide e nel fondo si mette un novello pezzetto di caustico; si praticano per molti giorni due, tre o quattro applicazioni, sino a che si perviene nel focolaro. Questo essendo aperto, si sollecita l'uscita delle idatidi colle iniezioni e colla posizione convenerole; infine si favorisce il ravvicinamento delle pareti e la loro cicatrizzazione con una compression metodica. Se una infiammazione si sviluppa nel cistico prima o dopo l'apertura, bisogna combatterla con un analogo metodo.

Per completare la storia degli acefalocisti, termineremo facendo conoscere ciò che questi prodotti offrono di speciale sotto i rapporti anatomico e sintomatico, secondo gli organi nei quali si sono sviluppati. Vedi appresso, come compimento, l'articolo che consacreremo all' echinococco.

DEGLI ACEFALOCISTI DEL FEGATO

Abbiamo detto che gli acefalocisti non si svilupparono in nessuna parte tanto frequentemente quanto nel fegato, senza che si potesse spiegare questa particolarità per la stretture dell'organo o per la natura delle sue funzioni.

Il Signor Barrier, nella sua *Thèse* (1840), à provato che il cistico acefalocisti aveva ordinariamente la sua sede primi-

tiva nello interno del fegato, raramente alla superficie dell'organo. Nella maggior parte de' casi, la malattia invade un sol lobo; il destro sembra due volte più spesso affetto del sinistro. Risulta ancora da un fatto riportato dal Signor Barrier che gli acefalocisti possono esistere ne' canali biliari dilatati; però questo caso è rarissimo. Il tumore comprime e atrofizza l'organo, ma quasi sempre non apporta che poco o nessuno incomodo nella circolazione della bile e del sangue della vena porta; ciò spiega perchè l'itterizia e l'ascite sono accidenti rarissimi nel corso della malattia.

Sintomi. — La presenza degli acefalocisti nel fegato non osservasi che mediante un dolore ordinariamente sordo, ottuso, un tumore proeminente all'ipocondrio, e che offre i caratteri precedentemente indicati. In questo specialmente si conosce il *fremito idatico*, e che bisogna guardarsi bene di confondere collo *strofinio peritoneale*. Quest'ultimo, molto più frequente, è avvertito quando il peritoneo si è infiammato al livello del tumore, e quando vi è stato a questo punto prodotto di false membrane; però questi due fenomeni sono facili ad essere distinti l'uno dall'altro. In fatti, lo strofinio peritoneale dà all'orecchio che ascolta la sensazione di due superficie ineguali che si strofinano, e quando si produce questo rumore, premendo colle dita sul tumore (e questo caso è il solo in cui potrebbe essere confuso col rumore idatico), si sente uno scoppietto che io paragonerei, con J. Corrigan, alla sensazione che provasi picchiando il cuoio nuovo tra le mani, o strofinando il dito sopra un disco di vetro umido.

Un cistico idatico del fegato disturba quasi sempre le funzioni digestive; queste sono lente, difficili ed accompagnate da vomiti; questi sono qualche volta lo effetto della pressione che il tumore esercita sullo stomaco. La compressione de' canali biliari, del tronco della vena porta e del diaframma spiega la itterizia, l'ascite, la dispnea e la tosse che osservasi qualche volta ad un periodo più o meno avanzato. La malattia può avere tutti i modi di terminare de' quali abbiamo precedentemente parlato; di più, avuto riguardo alla sua sede, il cistico può aprirsi nel peritoneo, nello stomaco e negl'intestini, nella pleura, ne' polmoni, o a traverso le pareti addominali.

Diagnosi. — Mancando il fremito idatico, è impossibile distinguere il cistico acefalocisti da un cistico semplicemente sieroso; però mediante i commemorativi soltanto, si potrà quasi sempre stabilire la differenza del cistico idatifero da un ascesso, da un encefaloide ammolito, o da un tumore biliare.

Cura. — Sino al 1825 la malattia era quasi abbandonata alle sole forze della natura. A quest'epoca il Signor Récamier, con un'arditezza che molti successi anno poscia giustificato, pro-

pose di tirare il tumore al di fuori ed aprirlo mediante la potassa caustica, seguendo le regole che abbiamo precedentemente date. Questa pratica è buona e merita di essere seguita; però non può riuscire che ne' soli casi in cui il tumore non è troppo voluminoso, quando il cistico non è stato infiammato, e quando in fine la salute generale è poco alterata. Il metodo del Signor Récamier ci sembra preferibile a quello del Signor Begin, e del Signor Graves. Il primo consiste ad incidere strato per strato la parete addominale sino al peritoneo *inclusivamente*, poi curare la soluzione di continuo, ed al terzo giorno, quando si toglie l'apparecchio, penetrare nel cistico, che trovasi aderente alle labbra della piaga esterna. Nel secondo s' incidono le pareti sino al peritoneo *esclusivamente*, si cura per alcuni giorni come sopra; poi, quando le aderenze sono stabilite, si penetra nel cistico. Questo processo è meno sicuro del precedente. La esperienza non à per anco sufficientemente giudicato il metodo consigliato da uno de' nostri più distinti chirurghi, il Signor Jobert (de Lamballe), consistente a praticare con un tre quarti sottilissimo una puntura, in modo ad evacuare per quanto è possibile il liquido, ed a lasciare il canaletto al suo posto per lo spazio di ventiquattr' ore, per provocare una infiammazione del cistico. Se questa si manifesta, si mitiga cogli antillogistici, e se il tumore si riproduce, si ripetono le punture sino alla contrazione ed all'appassimento del cistico.

DEGLI ACEFALOCISTI DE' RENI

I reni dell' uomo sono di rado la sede di cistici acefalocisti, mentre che questo prodotto morboso è comunissimo nel montone. La malattia offre due periodi; nel primo, essa è affatto latente, o almeno il cistico non produce che un poco di peso, d' incomodo o di dolore, a causa del suo volume e della compressione che esercita. Però dopo un tempo più o meno lungo, il cistico vuotandosi nel calicetto e nell' uretere, una o molte idatidi sono espulse coll' urina, le une intiere, altre a pezzi. Questa espulsione à luogo per lo più spontaneamente senza dolore; però otturando qualche volta momentaneamente l' uretere, possono dar luogo alla maggior parte degli accidenti che i calcoli urinari producono. E cosa infinitamente rara che i cistici si aprino a traverso le pareti addominali o nello intestino.

Gli acefalocisti de' reni sembrano molto meno gravi di quelli del fegato; sono pure meno pericolosi nell' uomo che negli animali, perchè in questi ultimi i due reni sono spesso colpiti

simultaneamente, mentre che nell'uomo la malattia è quasi sempre limitata ad un solo, ed allora non à luogo per lo più alcun incomodo. Quindi il Signor Valleix à citato, ne' *Bulletins de la Société Anatomique* (18.º anno), l'esempio di una giovanetta la quale, dopo molti anni, mandava regolarmente al principio di gennaio cinque o sei idatidi dall' uretra, questa espulsione ora preceduta da mal' essere e da dolori sordi ne' reni; la salute ritornava perfetta dopo che l'ammalata si era sbarazzata di questi corpi estranei.

Per le indicazioni terapeutiche, ci limiteremo a dire che se il cistico protuberà all' indietro, bisognerà aprirlo colla potassa; il più delle volte però si è obbligato di rimanere nella inazione a causa della profondità e del poco volume del tumore, sul quale non si può avere alcun accesso. La cura a seguirsi sarà quella stessa che abbiamo indicato precedentemente.

DEGLI ACEFALOCISTI DELL' UTERO E DE' SUOI ANNESSI

I cistici acefalocisti sono stati osservati qualche volta nelle pareti della vagina, e specialmente nelle ovaie; però non si son mai veduti svilupparsi nella spessezza o nella cavità dell' utero nello stato di vacuità. Per lo contrario dopo il concepimento, si veggono spesso gli acefalocisti nascere nella cavità uterina a spese della placenta. Quest' alterazione, descritta sotto i nomi di *mole idatica* o *vescicolare*, di *mole in grappolo*, di *gravidanza*, o *idrometro idatico*, è stata a' giorni nostri l'oggetto d'importanti lavori, dovuti specialmente al Signor Velpeau ed a madama Boivin.

Caratteri anatomici. — Queste idatidi sombrano formarsi a spese della placenta, o piuttosto delle villosità della faccia interna del corion, le quali, come ognuno sa, sono i rudimenti dello insieme placentario. Esse hanno sede nella cavità uterina, dalla quale sono sempre separate mediante una membrana che altro non è che la membrana caduca. Le vescichette idatiche sono in maggiore o minor numero: avviene spesso molte centinaia, e se ne sono contate sino a sei mila. Il loro volume varia da quello di un acino di canapuccia sino a quello di un uovo di piccione. Il liquido che le riempie è quasi sempre citrino, trasparente, qualche volta torbido, purulento o sanguinolento. Esaminando accuratamente la mole idatica, si trova ora una massa più o meno voluminosa, che offre un numero più o meno considerabile di vescichette separate da membrane o da una cavità che contengono certe parti del feto, o pure un feto intiero (*mole idatica con embrione di Boivin*). Negli altri casi rimane soltanto la cavità dell'am-

nios contenente un liquido, ma senza vestigie di feto, che sembra essere stato sciolto dal liquido nel quale galleggia ancora un piccolo avanzo del cordone ombelicale (è questa la *mole idatica cava di Boivin*). In fine la mole vescicolare è costituita da una massa che pesa molte libbre, che può occupare una vasta cavità ed è composta da un gran numero di vescichette disposte a grappoli, i cui filamenti stanno aderenti ad una massa rossastra che si riconosce per essere la *placenta*, con cavità amniotica o senza (è questa la *mole idatica in massa*).

Da ciò che abbiamo detto, sembra risultare che la mole idatica è sempre un modo di alterazione del prodotto del concepimento; per conseguenza, non saprebbe svilupparsi nè nelle ragazze nè nelle vecchie. Tra tutte le cause citate per spiegarne lo sviluppo, nessuna è ancora dimostrata.

Sintomi, esiti. — Allo sviluppo, torna impossibile distinguere la mole idatica da una gravidanza regolare; più tardi si è preteso trovare i caratteri differenziali nella leggerezza del ventre, nel suo dilatamento trasversale, ec. Altri anno indicato le piccole perdite sanguigne che alternano colle perdite acquose, che incominciano dal secondo mese e si riproducono ad intervalli più o meno ravvicinati sino alla uscita del prodotto. Questa espulsione, che à luogo comunemente tra il terzo ed il quinto mese, di rado più presto, spesso più tardi, succede collo insieme de' fenomeni che accompagnano e sieguono un parto naturale. L'utero sbarazzato, la donna può concepire di bel nuovo.

Le moli idatiche non sono pericolose per la madre, a meno che non siano accompagnate da violenti emorragie o troppo ripetute. In quanto al feto, perisce quasi sempre ad un'epoca poco lontana. Checchè ne sia, non avvi esempio che una gravidanza sia arrivata al suo termine quando l'utero contiene un certo numero d'idatidi.

Cura. — Se una grave emorragia à luogo durante il travaglio della espulsione della mole idatica, bisogna, dopo aver conosciuto col tatto la presenza di questi corpi estranei, operarne l'uscita eccitando le contrazioni uterine, o pure prenderle col dito o la pinzetta a falso germe di Levret. Percy consiglia pure d'iniettare nell'utero dell'acqua salata alla quale si aggiunge un quinto di aceto. Questi mezzi agiscono forse meno per le proprietà tossiche che come eccitanti le contrazioni uterine.

Gli acefalocisti possono svilupparsi nelle ovaie; essi formano allora alcuni tumori i quali, oltre i segni che loro sono propri, offrono ancora tutti i caratteri degli altri tumori cistici di questi organi.

DEGLI ACEFALOCISTI DE' POLMONI

La maggior parte degli acefalocisti espulsi mediante la espettorazione provengono dal fegato. In alcuni casi però questi prodotti morbosi si sviluppano nel polmone, ed hanno sede ora alla sua superficie immediatamente sotto la pleura, ora profondamente al centro dell'organo. Nel primo caso, possono produrre oppressione, suono matto con mancanza del rumore respiratorio in un punto circoscritto, sintomi che loro sono comuni con un versamento pleuritico parziale o con un tumore solido. Gli acefalocisti che hanno sede nel centro de' polmoni determinano qualche volte l'emottisi più o meno abbondante, un dolore ottuso nel torace, ed oppressione. Però la diagnosi non può stabilirsi che quando le idatidi sono espulse. Quando ciò à luogo si potranno vedere tutti i segni di una caverna polmonale. Se la caverna è piccola, si cicatrizza qualche volta; se è vasta ed il cistico l'infiamma, si osserveranno tutti gli accidenti della consunzione polmonale. Ne abbiamo veduto un esempio.

DEGLI ACEFALOCISTI DE' CENTRI NERVOSI

Gli acefalocisti sono comunissimi nello encefalo, specialmente durante il periodo medio della vita. Esistono probabilmente per un tempo più o meno lungo nel cervello senza produrre sintomi distinti; quando poi hanno acquistato un certo volume, determinano de' disturbi più o meno gravi, e variabilissimi. Nella maggior parte de' casi, gli ammalati accusano una cefalalgia violenta, una paralisi incompleta, le contratture, il coma, movimenti convulsivi, epilettiformi, disturbi de' sensi, e specialmente cecità. Tutti questi accidenti possono cessare e riprodursi ad intervalli più o meno ravvicinati, sino a che la morte, esito costante della malattia, abbia luogo. La vita finisce quasi sempre nel coma.

Torna impossibile poter diagnosticare gli acefalocisti del cervello, perchè i cistici sierosi ed anche i tubercoli possono produrre gli stessi accidenti.

DEL CISTOCERCO

Il cistocercò (da *vescica* κύστις e *circo* κύκλος) è dopo gli acefalocisti, il verme vescicolare che osservasi più frequentemente nell'uomo: può dirsi però esistere di rado in quest'ultimo, avuto ri-

guardo alla sua estrema frequenza in certe classi di mammiferi, e specialmente nel porco. La sua presenza in questo, nella maggior parte degli organi, costituisce la malattia conosciuta sotto il nome di *ladreria*. Nell'uomo, i cistocerchi si osservano specialmente nel cervello, e qualche volta nel tessuto cellulare de' muscoli. Sono quasi sempre rinchiusi ne' cistici membranosi, ripieni di un liquido trasparente.

In *cistocercio* è un verme vescicolare di un corpo cilindrico o leggermente piano, increspato trasversalmente, terminato da una vescichetta ripiena di un liquido trasparente che anno paragonato ad una coda (*vescichetta codale*). Lo estremo opposto costituisce la testa; è obrotonda o ovoide, presenta sulle parti laterali quattro succiatoi corti, e si termina alla sua sommità da una corona di piccoli uncinetti. Ne anno distinto molti specie che torna inutile far conoscere in questo luogo.

I caratteri dell'animalità sono più evidenti nel *cistocercio* che negli acefalocisti, perchè è certo che i primi anno la facoltà di eseguire certi movimenti di ondulazione. Il loro modo di generarsi è affatto sconosciuto. Determinano gli stessi accidenti degli acefalocisti: però, in ragione del loro volume meno considerabile, del loro isolamento e del loro sviluppo poco rapido, non danno luogo spesso ad alcun sintomo.

DEL POLICEFALO

Il *policefalo* (da *πολυς molti*, *κεφαλή testa*), deve essere considerato come una varietà di *cistocercio*. In fatti, altra differenza non avvi tra essi, se non che nel primo ciascuna vescichetta è comune a molti corpi, mentre che nel *cistocercio* non avvi che un sol corpo in ciascuna vescica. Il *policefalo*, frequente nel cervello de' buoi, de' vitelli e de' montoni, produce in essi la malattia chiamata *turnis*. Fischer, Zéder e forse Laënnec l'anno pure osservato nell'uomo.

DEL DITRACICERO

Questo genere, sulla esistenza del quale nulla di preciso si conosce ancora, è stato ammesso per una sola osservazione di Sultzzer ed un'altra del Signor Lesauvage di Caen. Offriva per caratteri un corpo ovale, avvolto in una tunica flossica, ed una testa sormontata da due prolungamenti in forma di corna, ricoverte di filamenti. Ne' due fatti riportati, questi entozoi furono emessi per sarichi ventrali.

DELL' ECHINOCOCCO

L'echinococco (da *κοκκος* guscio, e *εκκευω* disseminato di scabrosità), di cui alcuni autori hanno a torto negata la esistenza nell' uomo, fu indicata nel nostro corpo da Goëze, nel 1787: Brera lo descrisse ancora al cominciamento di questo secolo; però quasi tutti i naturalisti ed i medici lo considerano ancora come una delle specie più rare. Però, nel corso del 1843, due interni distinti degli ospedali, il Signor Mayor, negli *Archives generales de médecine*, ed il Signor Livois specialmente, nella sua *These inaugurale*, la quale è un eccellente lavoro, hanno cercato di provare che l'echinococco, non solo non era raro, ma ancora più comune de' vermi vescicolari che osservansi nell' uomo. Questi medici hanno pure detto che tutte le vescichette senza aderenze, confuse anticamente colle diverse specie di vermi vescicolari, e con tutti i tumori acquosi cistici, sotto il nome d' *idatidi*, e conosciuti dopo Laënnec sotto il nome di *acefalocisti*, non erano che semplici sacchi che contenevano sempre nel loro interno un maggior o minor numero di echinococchi. Quindi è che il Signor Livois, sopra più di ottocento; idatidi acefalocistiche che egli ha esaminato tanto nell' uomo, quanto negli animali, non ne ha trovato una sola che non contenesse un numero più o meno considerabile di echinococchi. Però questo medico non ne ha mai vedute nelle molli vescicolari, e questa circostanza, unita all'aderenza di questi tumori sopra de' pedicoli, fa sì che il Signor Livois, stabilisca tra esse e le vere idatidi una ben chiara distinzione.

Gli echinococchi sono secondo il Signor Livois, de' vermi vescicolari che hanno per caratteri, *un corpo levigato oblungo o ovale, una testa armata di una corona di uncinetti disposti a doppia fila, e munita di quattro succhiatoj*. Essi sono costantemente chiusi in una vescichetta d' idatidi, dove esistono sempre liberi. Sono gli echinococchi, dicono, quelli i quali costituiscono queste granulazioni opache, sferiche, della grossezza di un granello di sabbia o di fina semola, di color biancastro, considerate per la maggior parte siccome delle specie di bottoni, e de' quali abbiamo indicato la esistenza negli acefalocisti. Si distinguono benissimo se la idatide è trasparente; essi nuotano in questo liquido, o pure sono aderenti alle pareti, e somigliano affatto, dice il Signor Livois, a' piccoli globetti di aria depositati alla superficie interna di un bicchiere nel quale si versa l' acqua calda: del resto questa unione non è mai intima, perchè basta percuotere leggermente l' idatide per distaccarli; però onde conoscere la vera natura di questi corpi, bi-

sogna far uso del microscopio. Questo istrumento, in fatti, dimostra che realmente sono echinococchi. Questi animali si presentano alla osservazione sotto due forme, secondo che sono sviluppati o rientrati in loro stessi. Ecco la descrizione data dal Signor Mayor.

Nel suo stato di sviluppo, l'echinococco è una lueghezza di 25 a 30 millimetri, ed offre la forma di un fiasco di pellegrino. Delle due protuberanze che lo costituiscono, l'una, più voluminosa, è formata dalla testa, che porta quattro succhiatoi manifesti; questi sono sormontati da un rostro rotondo, più o meno protuberante, secondo che il piccolo vermine è più o meno sviluppato; esso è circondato alla sua base da una doppia corona di piccoli uncini. L'altra protuberanza è separata dalla testa per un restringimento qualche volta poco distinto, e corrisponde a ciò che chiamasi la vescica codale ne' cisticerchi.

La seconda forma sotto la quale si presenta l'echinococco è il risultato del ritiramento della sua testa nella vescica della coda, ritiramento operato come quello dell'occhio della lumaca nel guscio che la porta: allora è ovvide. Con uno degli estremi dell'ovvide sta aderente alla superficie interna di una piccola capsula delicatissima; il suo altro estremo offre una depressione corrispondente ad un infondibulo formato dalla superficie esterna rovesciata dallo animale; i bordi di questo infundibulo si veggono per trasparenza, più o meno allontanati l'uno dall'altro: a destra ed a sinistra si scolpiscono più o meno distintamente due succhiatoi, ed al suo estremo posteriore si mostra una corona cogli uncinetti volti in senso inverso di quello nel quale essi sono quando lo animale è sviluppato: in questo stato anno la loro punta diretta in dietro.

Le ricerche di cui abbiamo presentato l'analisi tenderebbero a provare che gli acefalocisti di Laënnec, che abbiamo studiati precedentemente come una specie di vermi vescicolari, dovrebbero considerarsi come semplici saccoccie, nelle cui cavità esisterebbero gli echinococchi, il cui numero sarebbe in rapporto col volume delle saccoccie istesse. Quantunque la mancanza di esperienza personale c'impedisca di dare alcuna opinione motivata a questo riguardo, diremo però che la dottrina sostenuta con tanto talento dal Signor Mayor, e specialmente dal Signor Livois, ci sembra fondata. Però prima di adottarla e riputare erronei i lavori che formano autorità da mezzo secolo, è necessario raccogliere ancora novelle testimonianze; ecco perchè abbiamo continuato a descrivere gli acefalocisti siccome si è praticato in tutte le opere; abbiamo dato conto de' lavori contraddittori de' nostri contemporanei, per chiamare novelle ricerche, e fissare il più presto possibile la scienza sopra una quistione che interessa del pari i naturalisti ed i medici.

★

DEGLI ENTOZOI CHE NASCONO NEL TUBO INTESTINALE

Quattro differenti specie di entozoi si trovano negli organi digestivi dell'uomo; cioè: il *lombrico* o *ascaride lombricoide*, il *tricocefalo*, l'*ossiuri* e la *tenia*.

DELL' ASCARIDE (1) LOMBRICOIDE O LOMBRICO

Caratteri del lombrico. — Questa specie di entozoi, conosciuta sin dalla più remota antichità, indicata da Ippocrate stesso, per lungo tempo considerata siccome altra cosa non essere che lombrico terrestre (o verme di terra, alquanto modificato pel soggiorno negl' intestini: questo errore però svanì dalla scienza a' giorni nostri, e gli uomini istruiti riconoscevano che, comunque simili sembrassero estraneamente i lombrici terrestri ed intestinali, avvi però tra essi differenze di organizzazione da costituire specie di animali affatto distinte. Gli ascaridi lombricoidi hanno un corpo cilindroide comunemente della lunghezza di 18 a 24 centimetri, su 2 a 5 millimetri di diametro. Sono levigati, lucidi, di color bianco tendente al giallo o al rosso. La semi trasparenza del loro corpo fa vedere una parte delle loro viscere, e specialmente lo esofago e gli organi generatori. Il corpo è assottigliato a' due estremi, specialmente allo estremo anteriore, che termina con tre tubercoli formanti la bocca: lo estremo posteriore termina a guisa di punta. L'ano è collocato vicinissimo a questa sotto forma di una fonditura trasversale. Nella femina, si vede, alla riunione del terzo anteriore con i due terzi posteriori, una parte più ristretta sulla quale esiste l'apertura degli organi genitali. Essa conduce in una vacina stretta che mena in un utero bicorni terminando esso stesso colle ovaie filiformi comprendendo il tubo digestivo. Nel maschio, avvi un pene collocato pressò l'ano sotto forma di un piccolo uncino. I cordoni spermatici avvolgono gli organi digestivi.

Gli ascaridi lombricoidi vivono soltanto nello intestino gracile, e sembra che siano quasi sempre espulsi quando s'introducono nello stomaco o nel crasso. In generale ne esistono molti ad un tempo; qualche volta il numero è tale che può toccare molte centinaia. Comunissimi nella infanzia, specialmente da

(1) Da ἀσκαρίδιον rimuovere, saltare.

tre a dieci anni, periodo in cui, secondo il Signor Guersant, si trovano sopra il ventesimo degl' individui, e sono tanto più rari inquanto sono più adulti. Si è preteso che erano più frequenti nella donna, in quelli di costituzione molle, che usano di un grossolano alimento e che si nutriscono esclusivamente di legumi e specialmente farinacei: in fine un' abitazione o un clima freddo ed umido sembrano pure esercitare una grande influenza sullo sviluppo de' lombrici; ciò spiega perchè gli entozoi sono più comuni nella classe povera che nella classe comoda.

Sintomi ed accidenti prodotti dagli ascaridi lombricoidi. — Agli ascaridi lombricoidi bisogna riportare la maggior parte de' sintomi e degli accidenti che gli autori dicono poter esser prodotti dalla presenza degli elmintici negli organi digestivi. Questi sintomi sono locali o generali. Tra i primi, citeremo le coliche sorde o vive, i pizzicori, il gonfiamento del ventre, la diarrea mucosa, la lingua bianca, il ptialismo, il fiato acido, fetido, le vomitazioni mucose, inappetenza o l' appetito negativo o irregolare. Tra i sintomi generali e simpatici, si trova il volto pallido e plumbeo, gli occhi foschi, circondati da un cerchio azzurrognolo, il dilatamento delle pupille, il prurito delle narici, lo strofinio de' denti, il dimagrimento, il polso lento o irregolare, il sonno agitato, interrotto; tutti gli accidenti risultanti da un disturbo nelle funzioni de' centri nervosi, come il delirio, le convulsioni, il coma, la paralisi de' sensi, ec. Però questi sintomi isolati o riuniti non possono giammai indicare in modo certo la presenza de' lombrici negli organi digestivi: la sola espulsione di uno o di molti di questi animali dalla bocca o dall' ano è il solo segno patognomonico della loro esistenza: quindi torna impossibile poter diagnosticare gli ascaridi lombricoidi per i soli disturbi funzionali. E forse ragionevol cosa ammettere, con alcuni autori, che i lombrici non determinano mai gravi accidenti, e che lungi dall' essere nocivi, servono utilmente alla nutrizione sbarazzando gl' intestini dalle materie non assimilabili? Questa opinione verso la quale inclinano alcuni moderni, ci sembra tanto erronea quanto quella che era stata abbracciata negli ultimi secoli, consistente a considerare i vermi intestinali siccome capaci di produrre tutti gli stadi morbosì, da' più leggieri sino a' più gravi. La verità non saprebbe trovarsi in queste due estreme opinioni. In fatti, ecco ciò che la osservazione ha dimostrato.

Si osservano tutti i giorni nella pratica i fanciulli o gli adulti i quali emettono a diversi intervalli uno o molti lombrici, senza che questa uscita fosse preceduta da alcuno de' sintomi generali e simpatici i quali sono stati generalmente considerati siccome indicanti la presenza di entozoi negli organi digestivi: questi casi sono senza dubbio i più comuni. Pur tuttavia si osser-

vano qualche volta altri individui, specialmente i fanciulli, i quali sono pallidi, smunti, dimagrati, che provano di tempo in tempo diarrea e coliche, poi si veggono tutti gli accidenti scomparire prontamente colla uscita di un certo numero di lombrici. Altre volte sono accidenti acuti quelli che si dichiarano: quindi alcuni fanciulli perdono rapidamente la conoscenza; il loro corpo s'irrigidisce o si agita in mezzo a movimenti convulsivi; poi, dopo una o molte ore, durante le quali la vita sembra in grave pericolo, gli accidenti si calmano dopo che i piccoli ammalati hanno espulso mediante i vomiti uno o molti lombrici, quasi sempre vivi. Però lo ripetiamo, questi casi sono rarissimi ed affatto eccezionali. Confesso esser difficil cosa contestare in questo luogo la pericolosa influenza esercitata dagli entozoi; però questi fatti non sono più straordinari di quelli ne' quali si vede un accumulo di fecce nello intestino crasso produrre accidenti di congestion cerebrale, come cefalalgia, vertigini, offuscamenti, ed anche una paralisi incompleta. Ma bisogna ripeterlo, molto sono stati ampliati gli effetti che possono produrre i vermi rinchiusi negli organi digestivi: in generale, non ne risulta alcun disturbo manifesto; e se in alcuni casi rari la loro presenza risveglia alcuni disturbi, questi non hanno niente di caratteristico; per rannodarli alla causa vera, bisogna per mente alla età degli individui, a' commemorativi ed a' risultati formati dalla esplorazione degli organi. Quindi se un fanciullo prova alcuno degli accidenti precedentemente indicati, se torna impossibile rannodarli a qualche lesione materiale, col metodo di esclusione si arriva a *sospettare* la esistenza de' vermi intestinali; però a questo soggetto non possiamo avere che presunzioni e mai certezza assoluta, anche quando uno o due lombrici sarebbero espulsi, perchè ciò spesso ha luogo per semplice coincidenza o complicazione. Checchè ne sia, questi dubbi basteranno per giustificare l'amministrazione de' vermifughi.

Ci rimane pure ad indicare alcuni altri accidenti dipendenti dall'azione affatto meccanica esercitata da' lombrici sullo intestino e sugli altri organi. Quindi allorchè una massa considerevole di questi vermi s'impegna in un'ansa d'intestino erniato, questa si soffoca, e quindi possono aver luogo i sintomi di strozzamento. Si è pur anche preteso che queste masse di lombrici potevano intercettare il corso delle materie fecali in un intestino libero, e produrre tutti i sintomi d'ileo; però non esiste ancora alcuno fatto autentico che lo dimostri, ma se ne concepisce la possibilità. Quindi in un caso riportato dal Signor Bretonneau, nel suo trattato della *dysenterie*, si vede che una massa di vermi del volume del pugno dello individuo distendeva lo intestino; sullo individuo di questa osservazione si trovò di più la mucosa infranta, mortificata e distrutta ne' punti in

cui gli ascaridi lombricoidi sono suscettibili d'infiammare, di ledere la membrana mucosa. Si dice pure, dopo Brera, che questi vermi possono perforare lo intestino e farsi strada a traverso gli altri visceri; ma questa opinione è stata contraddetta da Bresmer, da Rudolphi, e da signori J Cloquet, Cruveilhier, e dalla maggior parte de' contemporanei. Si crede molto generalmente a' giorni nostri che i lombrici non possono mai forare lo intestino sano; se poi quest'organo è ammollito o profondamente ulcerato, si conosce che una forte pressione esercitata dalla testa del verme deve bastare per passarlo da una parte all'altra. Però in questi ultimi tempi due distinti medici de' dipartimenti; i dottori Mondière di Loudun, e Charcelay di Tours, hanno rapportato alcuni fatti per provare la possibilità di un perforamento attivo degl'intestini per parte de' lombrici. Le osservazioni di questi due abili colleghi non saprebbero risolvere completamente la questione, che in fatti ci sembra ancora indecisa. Se è vero che gli ascaridi lombricoidi possono forare lo intestino sano, crediamo però che ciò abbia luogo distruggendo largamente le sue pareti, perchè la organizzazione dello animale vi si oppone; ma si pensa che la testa del lombrico, puntuta e suscettibile sino ad un certo punto di erezione, sia tanto forte per allontanare lentamente le fibre delle diverse tuniche; Mondière crede pure che dopo aver dato passaggio allo entozoo queste ritornano su di loro stesse, in modo a ristabilire la continuità del canale.

Il verme, uscendo dallo intestino, può cadere nel peritoneo; ma se le sue aderenze anteriori vi si oppongono, può aver luogo allo esterno, a traverso le pareti addominali, dopo aver provocato la formazione di uno ascesso. Esistono nella scienza moltissime osservazioni di questi ascessi verminosi, per i quali vengon via fuori nello stesso tempo delle materie fecali e del gas. Mondière à riunito però alcuni fatti ne' quali si vede uscire dallo ascesso soltanto un poco di pus ed uno o molti lombrici; in nessuna epoca la suppurazione non esalò l'odore stercorale, e lo ascesso si cicatrizzò rapidamente. Sopra queste osservazioni l'autore si poggia per pensare che gli ascaridi lombricoidi, quando forano lo intestino, allontanano piuttosto le fibre anzichè lacerarle o distruggerle.

Sono stati veduti i lombrici penetrare ne' canali biliari, e collocarsi nella vescichetta, o lavorare la faccia interna del fegato, che infiammano. Quindi il Signor Tonnellè à riportato, nel *Journal hebdomadaire* dell'anno 1829, la storia curiosa di un giovanetto nell'autopsia del quale trovò nel fegato tre focolari purulenti, comunicanti tra loro, uno de' quali conteneva un grosso verme lombrico avvolto su di se stesso. Più spesso gli ascaridi lombricoidi sono stati veduti risalire verso lo stomaco.

co, andare a collocarsi nelle anfrattuosità delle fosse nasali, o sorprendendo la vigilanza della glottide, penetrare nella laringe, la trachea, i bronchi, e determinare gli accidenti di soffogazione spesso mortali; i signori Blandin, Arronshon e Tonnelé anno veduto e riportato de' fatti di questo genere. Diciamo però che questo passaggio de' vermi à luogo piuttosto dopo la morte, o pure durante l'agonia: se poi succede che durante la vita i lombrici penetrino nelle vie biliari e respiratorie, si osserva nel primo caso convulsioni e l'apparato sintomatico che caratterizza una colica epatica; nel secondo, gli ammalati periscono soffogati. Si è pur preteso che l'arrivo de' lombrici nello stomaco era per lo più indicato da alcuni fenomeni locali o sintomatici gravi; però la osservazione quotidiana dimostra che ciò à luogo solamente in casi molto rari: quasi sempre in fatti, quando un verme penetra nello stomaco eccita soltanto nausea e sforzi di vomito in seguito de' quali viene espulso.

L'espulsione de' lombrici è per lo più epifomeno quasi insignificante che osservasi nel corso di molte malattie acute e croniche. Per gli autori dell'ultimo secolo, questo accidente costituiva il fenomeno predominante e caratteristico. Quindi è che leggesi nelle raccolte di quest'epoca molte epidemie di febbri dette verminose, nelle quali si riconoscono tutti i segni della dissenteria, delle febbri biliose, tifoidee, ec.

Cura. — Quando i fanciulli cavano di tempo in tempo i vermi lombricoidi, bisogna prevenire con una convenevole igiene la generazione di novelli individui: quindi si amministerrà loro un nutrimento più sostanzioso, abiteranno luoghi asciutti, saranno coperti di flanella, e faranno uso di una bevanda tonica.

Per distruggere i lombrici che esistono nello intestino gracile, sono state consigliate molte sostanze detta antelmintiche o vermifughe. Sono stati raccomandati specialmente, il seme santo in polvere (60 centigramme, 1 a 2 gramme), il muschio di Corsica nel ghiaccio o in polvere (1 a 2 gramme), o pura in infusione (4 a 16 gr. in 180 di acqua con 32 gramme di mele). Si è pur consigliato l'uso dell'artemisia, dell'assenzio dell'orona, della tanesia, della trementina, della canfora del calomelano dell'olio di ricini, della scialappa del rabbarbaro, della limatura di zinco (Bremser). Questi medicamenti sono amministrati internamente, ma molti sono pure impiegati allo esterno. Quindi si preparano i bagni, i cataplasmi, le lavande colle infusioni di tanesia di assenzio; si usano pure i linimenti canforati e di trementina sull'addome. Bisogna però ripetirlo, che i vermi non producono tanti accidenti per quanto lo si crede, e la indicazione degli antelmintici si presenta molto di rado. Pur tuttavia esistono ancora molti pregiudizj a que-

sto riguardo e tra i medici e tra le genti del volgo, che gli uomini istruiti debbono combattere senza dubbio; ma la cura della loro riputazione e lo interesse dello stesso ammalato esigono spesso certe concessioni alle credenze popolari. Quindi allorchè i parenti si ostinano a non vedere ne patemi del loro figliuolo che i disturbi prodotti da' vermi intestinali, non torna pericoloso amministrare un leggiero antelmintico; oltre a che dopo aver soddisfatto a questa indicazione di semplice compiacenza, il medico sarà più libero per imprimere alla sua terapeutica la sua vera direzione.

DEL TRICOCEFALO

Roederer e Wagler hanno descritto per la prima volta questo verme sotto il nome di *trichuris*. Essi l'osservarono sulla maggior parte de' cadaveri che spararono durante la epidemia di Goettingue. Questo verme è lineare; è lungo da 3 a 6 centimetri; i due terzi del suo corpo sono capillari; l'altro è protuberante. La testa si trova alla estremità sottile (Goeze e Müller): i sessi sono distinti; il maschio è più piccolo della femina; in oltre, la porzione protuberante è spiriforme e più sviluppata nel primo, mentre che è quasi dritta e più piccola nella femina.

Questo verme esiste quasi sempre nello intestino crasso, specialmente nel cieco; ora sono pochi ora molti: quindi Rudolphi ne à contato un migliaio in un solo individuo. Il tricocefalo si osserva di rado nell' uomo. Sembra che non determini alcun accidente, almeno è ignorato.

DEGLI OSSIURI VERMICOLARI

Questo verme, comunemente descritto sotto il nome di *ascaride*, esiste ordinariamente in gran numero nello intestino crasso, specialmente nel retto: esso è oviparo ed à due sessi distinti. Il maschio à 3 millimetri di lunghezza: il suo corpo lineare è bianco, elastico, ottuso alla sua parte anteriore, il quale è semi trasparente, e lascia vedere a traverso le sue pareti un tubo stretto (esofago), che immette in un corpo conosciuto per essere lo stomaco; lo estremo posteriore, leggermente protuberante, è di forma spirale. Le femine non differiscono da' maschi che pur nn corpo più allungato, perchè à da 8 a 10 millimetri; è fusiforme, termina posteriormente in una punta

estremamente sottile, mentre la parte inferiore che forma la testa non differisce affatto da quella del maschio.

Gli ossiuri sono frequenti ne' fanciulli, i giovani ed anche gli adulti. Esistono spesso in gran numero; le materie fecali emesse in ciascun giorno ne sono qualche volta ricoperte, senza che gl' individui ne risentino alcun incomodo. Altre volte la presenza di questi vermi nel retto determina al margine dell' ano un titillamento insopportabilissimo che si esacerba specialmente nelle ore della sera o durante la notte. Questo eccitamento continuo della parte inferiore del retto, che gli ammalati aumentano col grattarsi, e spesso introducendo il dito nell' ano per estrarre i vermi, determina in fine la formazione de' tumori emorroidali o il gonfiamento di quelli che anteriormente esistevano. Nella donna, gli ossiuri sono stati osservati qualche volta all' osculo vaginale essere la causa di leucorrea: alcune volte le ragazzette, portando spesso le loro dita sugli organi genitali, in ragione del prurito che provano, acquistano l' abitudine della masturbazione. In fine si è spesso veduto nelle donne lo eccitamento abituale degli organi genitali per causa degli ossiuri stabilire la ninfomania.

Cura. — Si raccomandano contro gli ossiuri gli stessi antelmintici consigliati contro i lombrici; solamente si prescrivono sotto forma di clisteri, in ragion della sede ordinaria di questi vermi nell' retto. Quindi hanno amministrato per clisteri le infusioni di artemisia, di tanesia di assenzio, di salvia, di valeriana; s' introduce nel retto la caufora, l' unguento mercuriale o il deutocloruro (3 a 10 centigramme in 1 libbra e mezza di acqua); una decozione di fuliggine, senza contare tutte le sostanze purgative. Però questi rimedi riescono ben di rado. Crediamo, e ciò per averlo molte volte sperimentato, che non avvi di meglio, non per distruggere per sempre gli ossiuri, ma per combattere gl' incomodi di far uso di una piccola quantità di acqua fredda. Se questo mezzo torna insufficiente, si prende un' intiero clistere il quale sbarazzi ad un tempo e le fecce e gli ossiuri che contiene. Le iniezioni di acqua fredda, consigliate da Van-Swieten, sono pure il mezzo che impiegasi abitualmente da Signor Lallemand. Lo stesso pratico si loda molto delle acque termali, idrosolforose naturali; secondo lui è questo il rimedio più possente ad opporsi per gli ossiuri. Non è conosciuto alcuna utilità nelle acque fittizie. Hanno pure vantato i clisteri di oglio d' ulivo, di acqua di calce, di solfuro di potassa (3 a 6 centigramme in 250 gramme di acqua). Torna inutile al pratico la conoscenza di tutti questi mezzi, perchè dopo molti saggi soltanto si trionfa della malattia.

DELLA TENIA

Sinonimia. — Verme solitario, verme piano, lombrico largo.

La *tenia*; così chiamata a causa della rassomiglianza che presenta con una striscia di tela, è un verme piano, lungo, articolato, che abita nello intestino gracile dell' uomo e di molti animali.

Questo verme è stato descritto sin dalla più remota antichità, e dallo stesso Ippocrate. Hanno lungo tempo confuso sotto il titolo di *verme solitario* due specie di vermi rubinari che si distinguono oggi sotto i nomi di *taenia solium* o *taenia* propriamente detta, e di *botriocefalo*.

La *taenia solium*, o la vera *tenia*, è un corpo depresso, allungato, articolato, di color bianco; presenta comunemente una lunghezza di 6 a 7 metri; si dice di averla veduta in certi individui di 60 metri e più. Termina superiormente con una parte più stretta che chiamasi collo, che sostiene la testa, la quale costituisce la parte più importante dello animale. Esaminandola col microscopio o con una lente forte, si trova che essa è un poco più globosa: offre quattro punte rotonde, al centro delle quali è l'apertura della bocca circondata da un ordine circolato di picciolissimi uncinetti, mediante i quali l'animale può attaccarsi con forza alla membrana mocciosa intestinale. Questa disposizione à fatto dare a questa specie di *tenia* il nome di *tenia armata*. Il collo si compone di piccole articolazioni strette ed allungate, che si allargano viemmaggiormente avvicinandosi al corpo, dove àno da 6 a 7 millimetri di larghezza ed un poco più di altezza. Ciascuna di queste parti à la forma di una semenza di zucca; da ciò il nome di vermi *cucurbitani* che loro àno dato quando si separano. Su i loro bordi sono le tracce degli organi sessuali, e forse le stigmate per le quali il verme respira. La parte inferiore che forma la coda è troncata e termina *ex abrupto*, il che dipende più spesso dal distaccamento dal corpo di un certo numero di animali. Un intestino attraversa la *tenia* in tutta la sua lunghezza. Questi animali sono stati detti *ovipari* ed *ermafroditi*; però questa quistione non è ancora risolta. Ordinariamente non avvì che una sola *tenia*: da ciò il nome di *verme solitario* che per lungo tempo à portato; oggi però è provato che possono esserne molti nello stesso individuo.

Il *botriocefalo* à un corpo piano, articolato di color grigiastro; è largo da 11 a 14 millimetri, raramente più. La sua lunghezza media è di 6 a 8 metri, il massimo di 19 a 20; la sua testa ovoidè, scacciata, offre una depression trasversale,

la quale, secondo il Signor Bremser, altro non sarebbe che la bocca dell' animale; però non è armata di uncini come la specie precedente; ciò fa dare spesso al botriocefalo il nome di *tenia non armata*. È questo il carattere distintivo delle due specie di tenia, poichè per tutto il resto, presentano quasi la stessa organizzazione. Abitano e l' una e l' altra lo intestino gracile; la prima è quasi la sola che osservasi in Francia, mentre che il botriocefalo è più comune negli abitanti del norte dell' Europa. In quanto al loro modo di crescere, gli uni credono che tutti i vermi a fettuccia si riproducono coll' aggiunta di novelle articolazioni al loro estremo posteriore, mentre Bremser pensa che questo verme è fornito di tutte le articolazioni che debbono comporlo in prosieguo, ma dapprima eccessivamente ravvicinate, e che lo animale non cresce che collo allontanamento successivo.

Sintomi e diagnosi. — La tenia può esistere senza risvegliare alcun incomodo. In fatti, vedesi spesso, che gl' individui espongono, in mezzo alla più florida salute, e per anni intieri ed intervalli più o meno vicini, delle porzioni più o meno considerabili di questo verme; però in moltissimi casi, la tenia, dopo avere acquistato un certo sviluppo, produce diversi disturbi locali o simpatici, i quali sono stati studiati accuratamente dal Signor Louis (1). Secondo questo eminente osservatore, la tenia risveglia costantemente le coliche, variabili per la loro forma e per la loro intensità, e che in generale non sono accompagnate da diarrea. Molti ammalati provano prurito all' ano; pochi sono quelli che provano prurito alle narici; quest' ultimo segno mancherebbe in fatti ne' tre quinti de' casi. L' appetito è ora diminuito, ora aumentato; spesso è variabile, irregolare: ciò osservasi specialmente nelle donne; che presentano pure, più frequentemente che nell' uomo, diversi disturbi nervosi, come cefalalgia, susurri, disturbi della vista, dolori epigastrici. Secondo il Signor Wawruch, professore di clinica a Vienna, le donne colpite da tenia presenterebbero comunemente i disturbi e le anomalie della mestruazione: ciò non è per anco perfettamente stabilito; però è cosa costante che dopo un certo tempo la maggior parte degli ammalati dimagrano un poco, provano debolezza, stanchezze, ed alcuni sono pure obbligati d' interrompere le loro occupazioni.

Il Signor Louis pensa che le coliche più o meno forti *senza diarrea*, producendosi per un tempo più o meno lungo, con prurito all' ano ed al naso, indicano quasi certamente la esistenza di un verme nel canale intestinale. Sarà facile assicurarsi che

(1) *Collection de Mémoires*, p. 330.

questi accidenti non sono prodotti dagli ossiuri: i lombrici determinando raramente tutti questi effetti, bisognerà, specialmente se trattasi di un adulto, credere che esiste la tenia: la espulsione di alcuni pezzi di verme può sola dare alla diagnosi tutta la certezza possibile.

Etiologia. — Il Signor Wawruch, avendo analizzato 206 casi di tinia, osservati in una pratica di venti anni, ha trovato che le donne erano molto più spesso affette dalla malattia che gli uomini, poichè su 206 ammalati, le prime figurano per 133 e gli uomini per 71 solamente. Il più giovane de' suoi ammalati aveva tre anni e mezzo, ed il più vecchio cinquantaquattro. Il maggior numero poi di tenie è stato osservato da quindici a quarant'anni. A Vienna, questo verme si vede nascere nelle stesse condizioni che danno luogo allo scorbutto; quindi si osserva specialmente in quelli della classe povera, che abitano sulle rive del Danubio, in abitazioni umide, che si nutrono di carni e di farina di cattiva qualità. A Vienna come a Parigi, quasi tutte le tenie appartengono al genere *solum*: in fatti, su 206 casi visti dal Signor Wawruch, non esistevano che 3 botriocefali.

Cura. — La tenia è tra tutti i vermi intestinali quella che si mostra la più ribelle agli antelmintici che abbiamo precedentemente indicati. È stato consigliato contro di questa un gran numero di medicamenti. Molti usano la radice di felce maschio in polvere alla dose di 8 a 12 gramme; essa è destinata ad uccidere il verme, che si espelle in seguito dando un purgante tre o quattr'ore dopo. Alcuni preferiscono lo estratto di felce alla dose di 6 o 120 centigramme. Peschier, di Ginevra, raccomanda la tintura eterea de' bottoni di felce maschio alla dose di 8 a 30 gocce, mista ad una sufficiente quantità di materia estrattiva per far tante pillole per quanto sono le gocce. E questa, dicono, una preparazione che non stanca lo ammalato. Il Professor Bourdier dava la mattina a digiuno 4 gram. di etere solforico in un bicchiere di una forte decozione di radice di felce maschio, amministrando due ore dopo un blando purgante, come l'olio di ricino; ci univa spesso un clistere fatto con una forte decozione di felce, alla quale univa 4 gramme di etere solforico: questa cura era continuata per lo spazio di due o tre giorni. Il Signor Wawruch combatte la tenia co' b'andi purgativi, come l'olio di ricini, che alterna colla polvere di radice di felce, ed alcuni clisteri di olio e latte, che crede capace di attirare il verme.

Da alcuni anni, la decozione di radice *fresca* di granato selvaggio o coltivato, ha goduto di una meritata riputazione, specialmente dopo che il libro di Gomès è stato introdotto dal dottor Mèrat. Si prepara con 6½ gram. di radice di granato

schacciata, che si fa macerare per lo spazio di ventiquattr'ore in un chilogrammo e pure in 700 gram. di acqua; poscia si fa bollire il liquido sino a ridurlo a 500 gram; poi si divide in tre dosi, che si dà in ogni mezz'ora. Questo rimedio, che eccita qualche volta i vomiti, e specialmente gli scarichi ventrali, dovrà essere ripetuto molte volte. Il Signor Mèrat fa osservare che, per darlo con successo, bisogna che lo ammalato abbia espulso alcuni pezzetti di tenia il giorno stesso o più tardi la vigilia. Pare però che nessuno degli agenti conosciuti sia tanto efficace quanto il rimedio di Darbon, del quale, l'ignora la composizione; ma che, essendo stato sperimentato dai signori Louis e Chomel, merita tutta la nostra confidenza. Questo arcano si amministra a digiuno alla dose di 250 a 312 gramme; provoca senza pena alcuna evacuazioni alvine, il verme è per lo più tirato fuori quattro o cinque ore dopo la sua amministrazione. In fine ultimamente il cusso à fissato l'attenzione de' medici (*braiera antidissenterica*), albero di Abissinia, del quale si amministrano i fiori. Da alcuni fatti osservati alla clinica del Signor Chomel, e su i quali il Signor Mèrat à fatto un rapporto all'Accademia di medicina risulta che il cusso sarebbe un agente dotato di una grande efficacia contro la tenia; disgraziatamente è una sostanza difficile nel commercio.

Qualunque sia il rimedio impiegato, quando gli ammalati espellono delle porzioni di tenia, bisogna cercare accuratamente se la testa è stata espulsa; perchè quando questa è rimasta nel ventre, gli ammalati non debbono considerarsi come guariti. Salvo una o due eccezioni, la tenia non è stata mai espulsa dalla bocca, ma unicamente dalla parte inferiore dello intestino.

DEL VERME GIGANTE, E DI ALCUNI ALTRI ENTOZOI DE' RENI

Il verme gigante, che sembra essere stato confuso qualche volta coll'ascaride lombricoide, al quale si somiglia in qualche modo, è un verme rossastro il cui corpo cilindrico si assottiglia verso i suoi due estremi. All'uno di essi si trova la bocca, circondata da sei tubercoli, lo estremo opposto termina nel maschio, da una vescichetta gonfia, da dovè esce un pene corto e puntuto, mentre che nella femina questa parte è ottusa. Il verme gigante à comunemente, nell'uomo, da 6 a 9 centimetri di lunghezza; la femina è sempre più lunga. Quello che trovasi in certi animali può avere 2 o 3 piedi e la grossezza del dito minimo. Questo verme è una specie molto rara, che osservasi solamente ne' reni. Dicesi, che rinchiuso in questi organi, può dar luogo alla maggior parte degli accidenti che oc-

casionano i calcoli, come dolori, ematurie, ritenzione di urina e tumor fluttuante, che si apre in diverse vie siccome succede per gli ascessi renali.

La diagnosi non può stabilirsi durante la vita se non quando i vermi sono espulsi dall'uretra. Si eviterà la confusione del verme gigante cogli ascaridi che sono penetrati nella vescica in seguito di una comunicazione di questo viscere collo intestino, o pure la fibrina scolorata che rendono certi animalati che hanno sofferto alcuni giorni prima la ematuria. Niente si sa de' rimedi atti a combattere la formazione e la presenza del verme gigante.

Nella urina degli uomini sono stati pure trovati diversi vermi, che sono lo *spiroptero* ed il *dactilius aculeatus*; però non possediamo ancora alcun schiarimento preciso: oltre a che questi due entozoi sembrano essere anche più rari del verme gigante.

DELLA DOGA DEL FEGATO

La *doga* o *fasciola humana*, o *distoma hepaticum* è un entozoo che trovasi nella vescichetta e ne' condotti biliari dell'uomo e di molti animali. Presenta la forma di un ferro di lancetta ottuso a' suoi due estremi; offre alla parte anteriore un punto ristretto che forma il collo, e che sormonta un succiatoio dal quale partono due canali che portano in tutto il corpo la bile che attira e che forma il suo unico nutrimento. Un poco indietro avvi una piccola sporgenza contrattile che sembra il pene, ed immediatamente dopo esiste un secondo succiatoio che credesi destinato a ricevere quest'organo.

Quest'entozoo presenta nell'uomo da 5 a 11 millimetri; sembra produrre gli accidenti simili a quelli che gli acefalocisti determinano; però nulla si conosce ancora nè sulle cause che lo ingenerano, nè su i sintomi che possono manifestarne la presenza, nè sulla maniera di combatterlo.

• DEL TRACHINO-SPIRALIS

Questo parassito dell'uomo è stato osservato specialmente in Inghilterra. È stato descritto per la prima volta nel 1833 dal professor Owen. Si trova spesso a forma di miriadi in alcuni muscoli volontari dell'uomo, ed in maggior numero ne' muscoli superficiali anzichè in quelli che sono profondi. Se ne sono osservati nel diaframma, ne' muscoli del velo palatino, dell'uretra, ma però sembra che non sia stato mai trovato nel cuo-

re nè nella tunica muscolare degli organi cavi. Questo parassito è rinchiuso in una piccola cisti; è cilindrico, estremamente piccolo, avvolto su di se stesso due volte o due volte e mezza; quando si è svolto ed esteso non presenta più di $1/30$ di pollice in lunghezza ed $1/700$ di pollice di diametro. Per vederlo distintamente, bisogna ricorrere al microscopio. Gl' individui che hanno questi piccoli animali non presentano alcun sintomo che potesse riportarsi alla presenza di questo verme, come dolore, debolezza, incomodo ne' movimenti. Sembra che sin ora le condizioni necessarie allo sviluppo di questi entozoi non siano state conosciute.

DEGLI EPIZOI

Abbiamo chiamato *epizoi* tutti gli animali parassiti che vivono alla superficie del corpo o nella spessezza della pelle e del tessuto cellulare sottocutaneo.

È cosa probabile che questi animali abbiano, come gli entozoi, una spontanea generazione; altri si trasmettono forse sempre direttamente: tale è l'*acarus scabiei*.

DELLA SCABBIA O MALATTIA PRODOTTA DALL' ACARUS SCABIEI

La scabbia è una malattia contagiosa, caratterizzata dalla eruzione, sopra una parte più o meno estesa de' tegumenti, di piccole vescichette trasparenti e pruriginose che si sviluppano in seguito della presenza di un insetto particolare chiamato *acarus* della scabbia o *scarpote* dell' uomo (1).

Storia. — A torto alcuni autori hanno detto che la prima comparsa della scabbia ebbe luogo nel XIV.^o secolo; in fatti risulta dalle dotte ricerche del dottor Dezeimeris, inserite nel *novello Dictionnaire de médecine*, che i medici greci, romani ed arabi hanno conosciuto questa malattia; molti han conosciuto in esso un carattere contagioso, ed hanno anche indicato lo zolfo come un mezzo possente per combatterlo. Però agli osservatori moderni, a Willan e Bateman, e specialmente ad Alibert e Bielt, son dovute le conoscenze più precise su questa malattia. In fatti cotesti autori hanno definitivamente separata la scabbia da tut-

(1) Hanno proposto per la parola *Scabbia* due etimologie; 1. *collus*, durezza, 2. *gallo* prodotto accidentale che si sviluppa sulla scorza degli alberi, dipendente dal lavoro di certi insetti.

te le malattie cutanee colle quali il più delle volte veniva confusa. Però i moderni pare abbiano sconosciuto la vera natura, quando vediamo classificare ancora la scabbia al lato delle infiammazioni semplicemente vescicolari. Ma tosto che le precise osservazioni hanno dimostrato che queste vescichette sono subordinate alla presenza dell'*acarus*, e quando è provato che questo insetto è la causa unica della scabbia e del suo carattere contagioso, torna impossibile lasciare la malattia nel luogo assegnatogli sin ora: quindi abbiain dovuto separarla dalle flemmasie e studiarla colle affezioni prodotte come essa dalla presenza degli animali parassiti.

Dell' acarus. — L'*acarus scabiei* o *sarcopte* dell'uomo, è un animale aracnoideo, che si presenta all'occhio nudo come un corpo biancastro, del volume di una punta di spilla. Visto a traverso il microscopio, si trova una forma globosa, e somiglia ad una piccola tartaruga con otto piedi, guarnita in oltre alla sua superficie, di appendici filiformi. Il *sarcopte* è distinto essenzialmente dal vermicciuolo del formaggio, col quale è stato molte volte confuso. Non trovasi nella vescichetta, ma nel fondo di un solco che scava sotto l'epidermide, e che somiglia ad una sottile grattatura che la punta di una spilla avrebbe superficialmente scolpita nell'epidermide (Hebra). Questo solco può avere soltanto alcuni millimetri di lunghezza, altre volte molti centimetri. Con uno de' suoi estremi, corrisponde alla vescichetta, coll'altro termina in una piccola borsa di colorito più carico del solco, e che indica il luogo occupato dalla bollicina. Le ricerche del Signor Hebra, medico dell'ospedale generale di Vienna, che trovansi registrate nel volume 11° *des Annales de médecine de la peau* hanno provato che la bollicina camina sempre prolungando il suo canale senza mai retrocedere. Il Signor Bourguignon valuta ad un millimetro lo spazio che percorre nelle ventiquattr'ore.

Se è cosa dubbia che Avenzoar, nel XII° secolo (1179), abbia conosciuto l'insetto della scabbia, è però certo che Moutet lo indicò nel 1634 nella sua opera pubblicata a Londra (1), e dopo di lui è stato veduto e descritto da' più eminenti osservatori, tra i quali basta citare Fran, Redi, Linné, Morgagni, Latreille, ec. Malgrado però queste testimonianze, e sebbene nel 1796 Nickman avesse descritto in Alemagua, nel modo più esatto, la natura ed il modo della propagazione della scabbia, vediamo quasi tutti i patologi di questo secolo, ingannati dalle esperienze mal praticate, rivocare in dubbio la esistenza del *sarcopte*, che cercavano ostinatamente nella vescichetta, quan-

(1) *Insectorum minimorum animalium thesaurum*, cap. XXIII, p. 26.

tanque Mousfet e Adams da poco (*on morbid poison*, 1807), avessero dimostrato che esisteva soltanto a lato di essa. In vano Galès, nel 1813, scoprì di bel nuovo l'*acarus*; le esperienze negative praticate nello stesso tempo da Alibert (1813) e da Bielt (1815) tendevano pur anche a dimostrare che lo insetto della scabbia affatto non esisteva. Però, nell'epoca in cui la maggior parte de' dotti non credevano al *sarcopto*, la conoscenza di questo insetto si era conservata presso alcuni popoli. Quindi conosco da fonte certa, che da tempo remoto, i negri della Guadaluppa sapevano estrarre l'*acarus* dal solco che occupa. La stessa tradizione si era conservata in Corsica, e si sa che fu uno studente di medicina (il Signor Renucci) il quale, dopo aver veduto estrarre l'*acarus* alle donne corse, venne, nel 1834, a dimostrarne la esistenza nella clinica di Alibert. Fece vedere che non era nella vescichetta che bisognava cercare lo animale, ma sibbene nel fondo del solco. Questa particolarità, che avevano dimenticato, spiegò perchè tanti uomini sperimentati, aiutati da' migliori strumenti ottici, avevano cercato in vano per tanto tempo lo insetto.

Il *sarcopto* è lo elemento essenziale della scabbia; questo animale esiste in tutti i scabbiosi, e trovasi soltanto in essi; offre un numero variabile e sempre inferiore a quello delle vescichette; e facile scovirsi alle mani ed a' piedi, regioni del corpo in cui la spessezza dell'epidermide gli permette di mettersi al coperto in una specie di galleria sotterranea: si nasconde pure sotto l'epidermide ne' punti in cui la pelle è rugosa e non è esposta allo strofinio, come le piegature delle articolazioni, lo scroto, la mammella, ec. (Gras). Le ingegnose ricerche praticate dal Signor Aubé, tenderebbero a far considerare il *sarcopto* siccome un animale notturno, il quale durante la notte attaccherebbe la pelle in moltissimi punti, e si nasconderebbe il giorno nel fondo del suo solco; ciò spiega perchè il contagio sembra essere più frequente e più facile la notte che il giorno, però questa opinione è oppugnata. Checchè ne sia, il contagio à luogo unicamente per lo insetto, e l'esperienze dirette lo hanno provato, mentre la inoculazione del siero delle vescichette non à mai potuto comunicare la scabbia. Questa malattia non è forse mai spontanea; essa si comunica col contatto immediato degli individui infetti o degli oggetti che loro appartengono o che hanno toccati. Questi oggetti possono conservare per lungo tempo la proprietà infettante, poichè il dottor Hebra à provato dopo altri che il verme poteva vivere tre settimane fuori del corpo umano; e Vezin à stabilito pure che lo animale quasi morto per fame, se è collocato in buone condizioni, riprende tosto tutto il suo vigore. È provato che uno scabbioso morto può trasmettere la scabbia, purchè il verme sia ancora vivo. Una pel-

le fina e permeabile, il temperamento linfatico, la gioventù ed una temperatura elevata, sembrano favorire il contagio. La scabbia affetta più frequentemente gli uomini, si osserva specialmente in quelli sporchi e ne' debosciati, perchè quest'individui si espongono più frequentemente al contagio. Alcuni animali, e specialmente il cane sono affetti da una scabbia trasmissibile all'uomo.

Siccome in qualunque malattia contagiosa, avvi un periodo d'incubazione variabilissimo; esso è di quattro giorni per i ragazzi, di quindici a venti per gli adulti, può essere più lungo per i vecchi; pur tutta via nulla si conosce di preciso riguardo a ciò.

La eruzione si sviluppa quasi sempre sul punto in cui il contagio ha avuto luogo; quindi, quasi sempre la mano è quella sulla quale si osserva; ne' fanciulli che succiano, à sede qualche volta sulle natiche, quando queste parti sono messe in contatto colle mani e le braccia di una nutrice infetta.

Sintomi. — Gli ammalati provano dapprima su' punti affetti un prurito incomodo che aumenta per tutte le cause di eccitamento, come calori, l'uso de' spiritosi, ec. Tosto compariscono piccole protuberanze accuminate, rosse in quelli di temperamento sanguigno, del colorito della pelle ne deboli; non tardano a presentare manifestamente il carattere vescicolare. Queste vescichette si osservano quasi sempre nello intervallo delle dita ed a' carpi, parti più esposte al contagio; poi possono propagarsi agli avambracci e nelle altre parti del corpo. Il Signor Bourguignon in fatti à trovato che in un quinto de' casi l'acarus esisteva nelle altre regioni fuorchè le mani. La pelle che si separa offre il suo colorito naturale; al lato di moltissime vescichette, che vi si uniscono direttamente, si osserva una linea biancastra, lunga alcuni millimetri; è questo il solco di cui abbiain parlato, nel fondo del quale si trova nascosto l'acarus.

Le vescichette della scabbia sono la sede di un prurito più o meno intenso. Gli ammalati, stropicciandosi, escoriano questi tumori; il liquido che contengono scappa via allo esterno e si condensa sotto forma di piccole squame leggiere e poco aderenti. Negli individui irritabili o sanguigni, certe vescichette, specialmente quando sono state irritate, acquistano il carattere pustoloso. Spesso altre flemmasie accidentali si sviluppano negl'intervalli, e rendano qualche volta oscura la diagnosi: tali sono lo eritema, l'ezema rosso o empetiginoso, l'ettima, il lichene, i chiodi. Però non solamente allo intorno de' solchi si sviluppano le vescichette e le papole, ma bensì in parti lontane sulle membra e sul tronco, quautunque l'acarus sia confinato alle mani; questa specie d'irradiazione simpatica della malattia è inesplorabile, la sua esistenza è stata perfettamente stabilita dal Signor

Hebra e dal Signor Bourguignon nella *Revue médicale* del 1846 e 1847. In questo caso à luogo una eruzione che invade quasi tutta la superficie del corpo, la febbre si accende e diverse infiammazioni viscerali si sviluppano. Però non esiste quasi esempio che la scabbia sviluppi di sì pericolosi sintomi. Bisogna dunque accogliere con molta riserba ciò che alcuni medici ànno raccontato sugli accidenti gravi che la scabbia potrebbe far sviluppare.

Corso, esiti. — A cose eguali però, la scabbia siegue un corso più rapido ne' fanciulli, ne' robusti e nella stagione calda. Pare che non finisca mai spontaneamente. La malattia finisce di progredire nel corso delle malattie gravi; in fatti l'*acarus* cessa di riprodursi e rimane siccome oppresso; ma la malattia intercorrente terminata, riprende una novella energia. La scabbia può durare molti anni ed anche per tutta la vita senza alterare notabilmente la salute; non produce mai la morte per se sola.

Seguendo lo esempio di Franch, di Biette del Signor Cazenave, non ammetteremo che una sola specie di scabbia. Il suo carattere esterno è una vescichetta; le pustole, le croste, le papole che qualche volta si osservano, sono sintomi accidentali, vere complicazioni, sulle quali non bisogna fondarsi per stabilire diverse specie morbose.

Diagnosi. — La scabbia è qualche volta difficile ad essere diagnosticata. In certi casi dubbj bisogna sospendere il giudizio anzichè darne uno non motivato sufficientemente, e che spesso diverrebbe la causa di disturbi nelle famiglie. Le malattie che spesso si confondono colla scabbia sono il lichene, la pruriggine, l'*ezema*, l'*ettima*. Però il lichene e la pruriggine non sono malattie *vescicolose*, ma solamente *papolose*, cioè costituite da piccoli *bottoni pieni* e *secchi*; oltre a che il lichene occupa quasi sempre la faccia esterna delle membra, la scabbia il lato interno e le articolazioni; il prurito del lichene è poco intenso, quello della scabbia è de' più incomodi. La pruriggine differisce dalla scabbia per le sue papole, che si sviluppano specialmente sul dorso, le spalle, la faccia dorsale ed esterna delle membra, che sono la sede di un prurito che lo stropiccio delle unghie aumenta; gli ammalati si lacerano, ed allora ciascun piccolo bottone offre alla sua somità una piccola concrezione sanguigna nerastra. Le malattie vescicolari, e specialmente l'*ezema* rosso ed impetiginoso, potrebbero più facilmente essere confuse colla scabbia; però nel primo caso avvi vescichette aggrappate e più infiammate di quelle della scabbia; nel secondo le vescichette sono pure infiammate, e si fanno purulenti: non si scovre il solco, e per conseguenza non si trova l'*acarus*, e quindi nessuna di queste malattie è contagiosa. Dica-si lo stesso dell'*ettima*, il quale è pure caratterizzato dalle pustole. Se l'*ettima* complica la scabbia, o se questa diviene pu-

stolosa, si troveranno sempre negl' intervalli molte vescichette con un solco, il che sarà caratteristico.

Pronostico. — La scabbia sembra essere per se stessa senza pericolo. Tutto ciò che si è detto delle *scabbie retropulse* non è affatto dimostrato; forse ànno attribuito alla scabbia ciò che dipendeva dalle cure incendiarie impiegate, o da alcune lesioni viscerali sviluppate a caso.

Cura. — La scabbia è una malattia locale la quale guarisce comunemente coll' uso de' tonici. Tra le numerose sostanze raccomandate, il solfo è quello che impiegasi più generalmente; si amministra sotto forma di pomata (sugna 4 parti; solfo 1, o pure sugna 32 gramme, solfo 8 gramme, carbonato di potassa o di soda 4 gramme); o pure si compone con 8 parti di sugna, 2 di solfo, 1 di potassa purificata; questa pomata chiamasi d' Helmerick. La pomata solforosa, colla quale si fanno due frizioni al giorno, è la cura più comoda, più efficace e meno costosa. È molto più da preferirsi a' sulfumigi ed a' bagni solforosi. Si può sostituire con vantaggio dalle lavande di Dupuytren, fatte con una soluzione di 124 gramme di acqua, aggiungendovi 16 gramme di acido solforico. Il solfo entra pure in buona parte nella pomata di Vezin, molto vantata in Alemagna (solfo in polvere 31 gramme, elleboro bianco 7 gramme, nitro 5 decigramme, sapone nero 31 gramme, sugna 93 gramme). Le differenti preparazioni mercuriali, le soluzioni narcotico-acri, i caustici, sono mezzi pericolosi e meno efficaci. Le lavande con olio di lisciva sono state vantaggiose qualche volta. Il Signor Cazenave dice aver guarito in otto giorni la scabbia mediante le lavande fatte colla seguente preparazione: essenza di menta, di rosmarino, di lisciva e di cetreo (ana 20 centigramme), alcool a 32° (50 gramme), infusione leggiera di timo (5 libbre). In questi ultimi tempi, il Signor Bourguignon à trovato nella sua stafisacre un rimedio di sovrana efficacia, per uccidere prontamente, in poche ore, l' *acarus*, e per calmare le eruzioni che risveglia. Il Signor Bourguignon si serve di una pomata (polvere di stafisacre 300 gram., sugna 500 gram.), della quale unge le parti quattro o sei volte al giorno. Egli à veduto la guarigione dopo quattro giorni. Questi esperimenti meritano dunque di essere continuati.

Torna quasi inutile dire che nella cura della scabbia bisogna spesso obediare a diverse indicazioni. Quindi, secondo gli effetti locali che si ottengono, si aumenterà o si diminuirà la quantità dello zolfo; qualche volta se ne sospenderà l' uso. In fatti se la scabbia si fa troppo dolorosa, bisognerebbe ricorrere momentaneamente a' bagni emollienti ed a' cataplasmi di fecola.

DEL VERME FILIARE

Sinonimia.—*Dragonneau*, verme o vena di Medina o di Ghinea, verme cutaneo, ec.

Questo verme conosciuto da circa due mila anni, si presenta sotto la forma di un corpo cilindrico, di una lunghezza che varia da alcuni centimetri sino a 10, 20, 30 piedi ed anche più. Ora presenta la sottigliezza di un filo, altre volte a 1 o 2 millimetri di diametro. È curvo e a guisa di cerchio. Decresce alquanto verso ciascun estremo. Ad uno di esso si presenta la bocca, indicata da un punto nero; lo estremo opposto termina con una parte sottile acuminata, che gli uni considerano come coda, altri come un pene. Questo verme non è quasi mai solitario, esiste sulla pelle, nel tessuto cellulare o tra i muscoli. Le parti dove si osserva il più delle volte sono i piedi, i malleoli, le gambe, le cosce, lo scroto, le mani, le anche, i gomiti, il tronco. Non si è osservato mai spontaneo in Europa; non si osserva che nell' Arabia Petrea, al Senegal, al Congo, specialmente sulla costa d' Angola, ed in alcune parti dell' America e dell' Asia.

Sintomi.— Si è preteso che il *dragonneau* potava restare molti mesi ed anche più di un anno nella spessezza de' tessuti senza risvegliare alcun disturbo nella economia: però questi casi sono poco comuni. Alcune volte gli ammalati non provano che un debole prurito nel punto in cui à sede il verme, il quale può scorgersi a traverso della pelle nello stesso modo della vena; ma tosto l' animale sforzandosi per uscire, il tessuto cellulare e la pelle si fanno duri come ne' foruncoli, poi si forma un ascesso, ed aprendolo si conosce al centro della materia il verme, che può essere sollevato mediante una pìnzetta o un pezzo di legno diviso, intorno al quale si aggira. Perchè il verme sia completamente estratto, bisogna in generale aspettare molti giorni, ed anche molte settimane. Tolto il verme, la piaga si cicatrizza. Il Signor Maisonneuve avendo avuto occasione di osservare uno di questi vermi a Parigi, sopra un individuo arrivato da quattro mesi dal Sénégal, à osservato molte particolarità curiosissime. Quindi à veduto (*Archives* 1844): 1.º lo scolo spontaneo di un liquore bianco, lattescente, dall' orificio del tumore furuncolare che il parassito aveva determinato, liquore il quale occupava il tubo interno dello animale; 2.º questo liquore visto col microscopio contiene miriadi di piccoli vermi microscopici. Il Signor Maisonneuve dice che quando il verme non fa che nutrirsi e svilupparsi può rimanere inosservato o determinare soltanto un largo tumore sotto la pelle, ma al-

l'epoca della generazione, il verme si sforza per forare la pelle, il che determina un piccolo foruncolo; poi il tumore si apre, e geme un liquido bianco con miriadi di piccoli vermi microscopici. Ciò che avvi di rimarcabile, si è che il verme rigetta la sua progenie allo esterno, circostanza felice, perchè senza di ciò, questi parassiti, che si moltiplicano con spaventevole rapidità, non tarderebbero a produrre i più gravi accidenti.

Il verme non sembra di alcun pericolo; però alcune volte i dolori sono vivi e la infiammazione si intensa, che alcuni ammalati perdono l'appetito e dimagrano. Del resto esiste ancora molta incertezza sulla storia naturale e patologica del verme di Médine.

Cura. — Quando la infiammazione è viva, si consiglia l'applicazione de' cataplasmi emollienti ed attendere l'apertura dello ascesso; altri vogliono che s'incida la pelle subito che lo animale la solleva. Qualunque sia il metodo che voglia seguirsi, il verme messo allo scoperto, si prende colle pinzette o con un pezzetto di legno spaccato, tirandolo sino a tanto che resiste. Si pretende che bisogna aver cura di non romperlo, atteso che questo accidente è qualche volta seguito da dolori vivi, da flemmoni diffusi e da cangrena; però avvi forse in ciò molta esagerazione. Si cura la piaga, e si ripetono gli stessi tentativi una o molte volte al giorno. Si favorisce la uscita con alcune pressioni esterne. I differenti mezzi consigliati allo interno o le frizioni nello scopo di uccidere il verme sembrano prive di effetto. Però ne' casi in cui il verme, troppo profondamente situato, è inaccessibile a' nostri strumenti, convien sapere che si è raccomandato allo interno il pepe e l'aglio infuso nel rum, l'assa fetida, il liquore di Van-Swieten, ed esternamente i fomenti di lauro regio, e le frizioni colla pomata mercuriale e solforosa,

DEGL' INSETTI CHE SI SVILUPPANO E VIVONO ALLA SUPERFICIE DELLA PELLE

Tra gli animali che vivono e si riproducono alla superficie de' tegumenti, si distinguono specialmente i *pidocchi* e le *pulci*. Si conoscono tre specie di *pidocchi* o *pediculi*: sono i *pidocchi di testa*, *di corpo* e *del pube*.

I *pidocchi* della testa si mostrano spesso ne' fanciulli poveri, e generalmente in tutti quelli mal propri e negl' individui colpiti da eruzioni croniche del cuoio capelluto. Si sviluppono pure in gran numero ne' convalescenti. Crediamo che que' animali non possono mai nascere spontaneamente e sotto la sola influenza del sudiciume, ma piuttosto si trasmettono costantemente da individuo ad individuo. I *pidocchi* costituiscono sempre

qualche cosa di disgustevole: dunque bisogna cercare a distruggerli, senza credere col volgo che essi siano pel cuoio capelluto una specie di esutorio che bisogna rispettare o sopprimere con prudenza.

Per distruggere i pidocchi, si pettinano frequentemente gl'individui, si tagliano i capelli molto corti; se esistono molti lendini, si usano le lavande saponate, alcaline, con oglio di lisciva, ed una decozione di piccola centaurea, o pure vi si spalma la polvere de' granelli di perzemolo: questi mezzi sono preferibili alla pomata mercuriale in frizione, la quale è efficacissima, ma che può produrre qualche volta la salivazione.

I pidocchi di corpo quando sono numerosi e che infestano lo individuo da lungo tempo, si accompagnano a diverse alterazioni della pelle, come papole rossastre, macchie tubercolose e pustolose, indipendentemente dalle escoriazioni e scorticature prodotte dal grattamento. La presenza de' pidocchi giunta a questo grado costituisce una vera *malattia chiamata pediculare o fitriasi*, sulla quale sono state emesse molte opinioni erranee o dubbie. Quindi non è vero che i pidocchi possano mai forare i tegumenti per piazzarsi ne' tessuti. Però non è impossibile che i pidocchi, introducendosi e pullulando ne' follicoli, potessero produrre piccoli tumori. Non è probabile che la malattia pedicolare abbia mai occasionata la morte, quantunque abbiano preteso il contrario.

I pidocchi del corpo si distruggono facilmente co' bagni solforosi, colle fumigazioni e le lavande solforose, i bagni alcalini, mercuriali e le fumigazioni di cinabro, che formano pel Signor Cazenave il mezzo più efficace che si possa impiegare: le vestimenta soprattutto saranno esposte a' vapori di solfo: in fine gl'individui saranno collocati nelle buone condizioni igieniche. Queste sono capaci per se sole di prevenire la generazione de' pidocchi, supponendo però che lo sviluppo sia qualche volta spontaneo.

I *pediculi pubis* o *piattole* possono esistere nelle ascelle, ne' passi, nelle sopracciglia, ma si trovano specialmente al pubi, eccitano ovunque un prurito insopportabile, e producono sulla pelle piccole macchie rosse. Si distruggono con alcune frizioni mercuriali.

Nulla diremo del *pulex irritans* (*pulce volgare*), ma dobbiamo parlare di una varietà di *pulex* chiamata *chique* o *pulce penetrante*, perchè nel fatto, s'introduce spesso sotto la pelle. La *chique* è un vero flagello nelle Antille e nell'America meridionale. La femina di questo animale s'introduce sotto l'ungghia o nella pelle del calcagno; dapprima eccita soltanto un leggiero prurito; la parte punta e distinta da un punto nerastro; l'oslo un piccolo tumore vi si sviluppa, contiene un pus

sanioso e de' globetti bianchi che sono le uova dello insetto. Si dice che dopo l'apertura di questi tumori, à avuto luogo la carie delle ossa del piede, la gangrena, ec.; simili effetti però sono infinitamente rari.

La cura consiste a sloggiare lo insetto: si punge la pelle con una spilla, si mette il sacco allo scoperto, si toglie il nucleo senza aprirlo; la piaga si cura col tabacco, col calomelano, ec. La scicca affetta soltanto i negri lucidi.

Avvi ancora nelle stesse contrade un insetto che Rudolff chiama *aestrus humanus*, il quale dicesi, depone a forza le sue uova nella pelle dell'uomo; vi rimane nascosto per circa sei mesi; poi dopo questo tempo, la sua metamorfosi essendo completa, se ne vola sotto forma di un oestrus più grosso della mosca domestica.

DEL CANCRO IN GENERALE

Torna difficil cosa dare una buona definizione del cancro; però gli si possono assegnare i caratteri seguenti: esso è unicamente caratterizzato da una delle lesioni che descriveremo sotto sotto i nomi di *Scirro* e di *materia encefaloide*; avvi una tendenza ad ammolirsi, ad ulcerarsi, ad invadere mai sempre le parti vicine, quando si estirpa, tende a riprodursi nello stesso luogo, o negli organi più o meno lontani; probabilmente di natura incurabile, agisce profondamente nella nutrizione, e sviluppa quell'alterazion costituzionale che faremo conoscere sotto il nome di *cachessia cancerosa*.

Storia. — La parola cancro è una espressione figurata, creata da' medici greci (da *κρκινος* granchio) per indicare la malattia della quale abbiamo enunciati i caratteri principali; essi l'avevano così chiamata per la pretesa somiglianza tra le vene dilatate che si diramano da un tumore cancerigno ed i piedi del granchio, o perchè si supponeva che un animale divorasse realmente le parti ammalate.

Indicato ne' libri ippocratici e da tutti gli autori successivi al padre della medicina, il cancro era abbastanza conosciuto sotto il rapporto sintomatico. Ne avevano ammesso molte specie ne' libri antichi; si trova pure indicata la distinzione tra lo scirro ed il cancro. Quest'ultima parola sembra indicare più specialmente il tessuto encefaloide o la forma ulcerosa. Però la storia anatomica del cancro era imperfettissima, e lo è stata sino a cinquant'anni sono. A quest'epoca ed al principiar di questo secolo un gran numero di lavori furono intrapresi in Inghilterra da Burns, da Abernethy, e specialmente da Wardrop,

in Italia da Scarpa, in Francia da Bayle, Cayol, Laënnec, Récamier. Queste ricerche sono state continuate da molti autori contemporanei, specialmente da' signori Cruveilhier, Andral, e Bérard primo genito; infine ultimamente il professor Walsh à pubblicato a Londra un'opera completa e degna della riputazione dell'autore.

Divisioni. — Distingueremo due forme principali nell'affezione cancerigna; cioè lo scirro e l'encefaloide, alterazioni considerate da alcuni come costituenti un grado differente di una stessa lesione, mentre altri, specialmente in Inghilterra, ne fanno due distinte malattie. A queste due forme fondamentali del cancro uniremo alcune altre varietà relative specialmente allo aspetto ed alla tessitura del tessuto morboso.

1.° *Anatomia patologica dello Scirro.* — Il tessuto scirroso si presenta sotto forma di masse più o meno voluminose, di un colorito biancastro, o leggermente azzurrognolo, di una consistenza che varia da quella del lardo sino a quella della cartilagine; si prova più o meno resistenza quando si vuol dividere, e spesso fa sentire sotto il coltello un grido particolare. Esaminando la superficie del taglio prima che lo scirro sia ammolito, si trova un tessuto bianco, azzurrognolo o grigiastro, semi trasparente e formato da due elementi. È costituito specialmente da una materia albuminosa la quale pel suo colorito e per la sua consistenza somiglia al cuoio del lardo, col quale è stato paragonato, posto negl'interstizi formati dal tessuto fibroso, il quale circoscritto ora da alveoli che richiamano alla mente le arnie di mele, ed ora è disposto a forma di strisce divergenti dal centro alla periferia. In quest'ultimo caso, il taglio del tessuto scirroso somiglia molto a quello di un navone; è questo lo scirro *napiforme*. Questi raggi fibrosi si estendono qualche volta al di là de' limiti del tumore, e mandano allora de' prolungamenti nel tessuto cellulare circostante, disposizione sulla quale Ch. Bell à molto insistito. Questo celebre fisiologo considerava queste strisce fibrose siccome un tessuto nuovo: crediamo però ch'esse risultano forse più spesso da una trasformazione di elementi organici. La materia albuminosa, per lo contrario, è un prodotto nuovo di segrezione, che si preme stringendo tra le dita il tumore scirroso dopo averlo diviso. Questa materia fu chiamata da Cruveilhier, *sugo cancerigno* (1).

(1) Il tessuto cancerigno esaminato col microscopio offrirebbe, secondo il Signor Lebert, caratteri particolari. Questo medico pretende che il globetto cancerigno è la parte che distingue i tumori cancerigni da tutti gli altri prodotti morbosi. Avvi media proporzione di 0, 015 a 0, 03, offrendo de' bordi rotondi, ovoidi irregolari e pisiformi, che contengono

Il tumore scirroso visto allo esterno è levigato o ineguale; quasi sempre è accompagnato da un aumento più o meno considerabile del volume dell'organo; altra volta poi questo è andato soggetto ad un restringimento del suo tessuto, ad una vera atrofia. Lo scirro, al suo svilupparsi è per lo più circoscritto, mobile; a poco a poco stabilisce le sue aderenze colle parti vicine, e perde così la sua mobilità. Durante questo tempo il tumore essendosi ammolito in diversi punti, si trovano qua e là de' punti ove il tessuto presenta la consistenza del gelato bianco, semi trasparente, qualche volta sporco di sangue. Lo ammolimento è specialmente manifesto su i punti acuminati, sulle scabrosità del tumore che stanno aderenti sia alla pelle, sia ad una mucosa. Tosto i tegumenti, assottigliati rossastri, violacei, si screpolano e si ulcerano.

La soluzione di continuo che si forma dopo lo ammolimento dello scirro è più o meno esteso; presenta una superficie grigiastra disseminata da vegetazioni o da fungosità azzurrognole, pallide o livide. Bagnata da un fluido icoroso, acre e fetido, è raramente la sede di emorragie, almeno queste non sono mai molto bondanti. I suoi bordi sono duri, rovesciali o tagliati a picco. I signori Trousseau e Leblanc, ne' loro studi sulle ulcere carcinomatose, hanno veduto che al di sotto delle fungosità esisteva uno strato carnoso, friabile, facile a rompersi coll' unghia, e che immediatamente sotto di esso esisteva il tessuto scirroso nello stato di crudità, ma che non tardava ad ammolirsi ed ulcerarsi.

Lo scirro assale in spezieltà l'utero, gli organi glandulari, e generalmente tutti quelli forniti di molto tessuto fibroso; ecco perchè quest' alterazione colpisce frequentemente lo stomaco ed il retto. Lobstein à detto che i muscoli, le sierose, le ossa ed i tendini erano di rado soggetti a questa degenerazione; oltre a che non erano mai affetti primitivamente. Scarpa à data la stessa opinione relativamente a' ganglii, a' vasi linfatici e ad alcuni altri organi. Però queste idee non sono perfettamente esatte, e per essere viridico bisogna dire soltanto che gli organi ed i tessuti di cui è parola sono meno frequentemente affetti da scirro di quelli abbiamo nominato in primo luogo.

Bisogna riportare allo scirro ciò che Abernethy dice del *sarcoma carcinomatoso*. Uniremo ancora a questa forma della malattia cancerigna le ulcere cancerigne primitive, cioè le ul-

un nucleo, le cui dimensioni variano tra 0, 0075, e 0, 02, ed i cui contorni, ordinariamente compressi, sono rotondi o ellittici. Il nocciolo contiene o grumi irregolari o nuclei al numero di 1 a 5 che variano tra 0, 0025, ed 0, 0035, e possono in casi eccezionali arrivare sino a 0, 01.

ceri le quali, semplici da principio, degenerano in seguito; o pure quelle che, sin dal loro sviluppo, offrono lo aspetto canceroso e si accompagnano ad induramento scirroso de' bordi e del fondo.

2.^o *Anatomia patologica dello encefaloide o tessuto cerebriforme.* — Il cancro encefaloide o cerebriforme è così chiamato a causa della sua somiglianza colla polpa del cervello di un ragazzo. Siccome lo scirro è un periodo di crudità ed uno di ammolimento.

Il tessuto encefaloide nello stato di crudità si presenta sotto forma di masse più o meno voluminose, bianche, semi trasparenti, simili al lardo: premendolo colla dita o raschiandolo col dorso dello scalpello, ne geme un liquido biancastro di aspetto lattiginoso e facile a mischiarsi all'acqua. Quando il tessuto encefaloide si è ammolito, offre una mollezza pastosa, e qualche volta presenta un senso di una vera fluttuazione; inciso, si manifesta sotto le apparenze di una polpa quasi omogenea, di un bianco lattiginoso, però più o meno colorito a guisa di rosa, il che giustifica il paragone stabilito tra questo tessuto morboso e la sostanza cerebrale. Cercando a voler sapere quale sia la struttura del cancro encefaloide, si trova essere costituito dapprima da una trama cellulo-fibrosa ora siccome feltrosa, altra volta offre l'aspetto areolare, e contiene ne' suoi interstizi quella materia bianca, lattiginosa cerebriforme, della quale abbiamo parlato, materia che va via mediante la pressione, o esposta ad un fil d'acqua, dopo di che si scovre la esistenza e la disposizione del tessuto fibrillare, il quale può essere formato da un tessuto cellulare accidentale o dalla stessa trama dell'organo. Oltre a questo tessuto e la materia cerebriforme contenuta ne' suoi interstizi, il cancro encefaloide, in opposito al tessuto scirroso, contiene una grande quantità di vasi. Ciò è stato osservato da tutti gli autori; però questo punto di anatomia patologica è stato ben stabilito in questi ultimi tempi dal Signor Bérard primo, all'articolo *Cancer* del *Dictionnaire de médecine*. Questo dotto professore, in fatti avendo iniettato nelle masse encefaloidi a stabilito la esistenza di un gran numero di vasi arteriosi nel loro interno. Oltre a chè, si è assicurato che il numero e la disposizione di questi vasi variano col grado di consistenza del cancro. Quindi là dove questo si presentava ancora nello stato di crudità, non si scorgevano a prima vista i vasi, ed a stento si potevano appena distinguere alcuni punti solamente sopra alla superficie delle parti divise. Là, per lo contrario, dove il cancro tendeva allo ammolimento, i vasi erano numerosi, tenui, e davano origine ad una rete elegante che sembrava contenere nelle sue maglie la materia cerebriforme. In fine, nelle parti affatto ammolite, i

vasi erano più numerosi che in qualunque altro luogo. Il Signor Bérard à dunque conchiuso giustamente dalle sue abili ricerche, che il numero de' vasi arteriosi andavano sempre aumentando ne' tumori encefaloidi a misura che il loro tessuto si ammolliava, senza che fosse possibile decidere se vi era qui semplice coincidenza, o pure rapporto di dipendenza tra i due fenomeni (ammollimento e stato vascolare maggiore). Questo gran numero di vasi arteriosi contenuti nelle masse encefaloidi spiega il colorito rosso del tessuto ed i versamenti sanguigni apoplettiformi che osservansi frequentemente nelle parti ammolliate. Questo sangue stravasato subisce diversi cambiamenti bellamente indicati da Laënnec. Quindi il siero è assorbito, mentre la fibra e la parte colorante, miste alla materia cerebriforme, fanno prendere a questo il suo aspetto, le danno un colorito rosso o nero, ed una consistenza analoga a quella di una pasta secca e friabile.

Si è creduto per molto tempo che lo stato vascolare del cancro dipendesse solamente dalle arterie, e che non potevasi, nè colla ispezione nè colle iniezioni, scovrire le vene in questi prodotti accidentali. Questa opinione non è esatta, perchè gli anatomici ed i patologi abili, tra i quali citerò i signori Lenoir, Nélaton, Follin, dopo avere iniettato co' liquidi in diverso modo colorati l'arteria e la vena dell'organo ammalato, ànno potuto verificare la esistenza di due ordini di vasi nel tessuto cancerigno. Quindi le prime resistono molto alla invasione del tessuto encefaloide e si lasciano penetrare con difficoltà dallo stesso. Per lo contrario le vene, non solo quelle che esistono nel tessuto morbosso, ma pur anche le circostanti, si lasciano penetrare con una estrema facilità dalla materia encefaloide; questa le oblitera e può farle scomparire quasi completamente. La presenza del tessuto encefaloide nello interno delle vene può spiegarsi in tre diversi modi: per lo più il prodotto morbosso arriva in questi vasi per assorbimento; altre volte penetra direttamente quando le pareti venose sono state distrutte dalla invasione del cancro; in fine si ammette col Signor Velpeau che, in alcuni casi, il sangue coagulato nello interno del vaso da una causa qualunque può subirvi, sotto la influenza della causa esistente, la trasformazione encefaloide.

Il Signor Vogel, nella sua *Anatomie pathologique*, considera come cosa dubbia la esistenza nel cancro de' vasi linfatici e de' filetti nervosi. Ei pensa che, se ne esistono, derivano dai tessuti normali e non sono affatto di recente formazione.

Il tessuto encefaloide può essere infiltrato nelle trame degli organi; in certi casi è chiuso in una cisti; ma allora forma de' tumori che eguagliano di rado il volume dell'uovo. Però quasi sempre il tessuto encefaloide non è chiuso nella cisti, e

si presenta sotto forma di masse rotonde, composte di molti lobi, che possono acquistare enormi dimensioni; quindi è che il Signor Bérard primo genito à veduto un encefaloide della coscia uguagliare in grossezza il corpo di un uomo adulto. Questo tessuto accidentale si ulcera spesso: le ulcerazioni sono distinte per quello aspetto sbiadato, violaceo; la loro superficie si copre di escrescenze ungoose, che offrono un enorme volume; geme un liquido icoroso e fetido, e di tratto in tratto si distaccano enormi lembi. Lo stato vascolare del tessuto spiega la frequenza delle emorragie che osservansi durante la vita e la loro ostinazione.

Ben differente dallo scirro, il tessuto encefaloide può invadere quasi tutti i tessuti e tutti gli organi. È questa la forma più comune del cancro. A questa specie conviene riportare molte alterazioni alle quali, specialmente in Inghilterra, ànno assegnato particolari nomi; tali sono: i *sarcomi polposi*, *midollare*, *tubercoloso* di Abernethy; il cancro *molle*, l'*esostosi midollare*, il fungo *ematode*. Quest' ultima parola, introdotta nel linguaggio patologico per indicare il cancro encefaloide della mammella (Hey), e poscia quello dell'occhio (Wardrop), è stato allontanato dalla sua significazione da alcuni chirurghi francesi, i quali ànno confuso sotto questa denominazione gli encefaloidi ed i tumori erettili. Il cancro *areolare* altro non è che il cancro encefaloide, il cui tessuto offre ad un alto grado l'aspetto areolare. Conviene pur sapere che lo encefaloide come lo scirro, può essere colorato in nero dalla materia melanotica, senza che la sua natura cambi: è questo il cancro *melanotico*. Infine, quasi sempre dal tessuto encefaloide sono formate quelle vegetazioni violacee e fungose che nascono sulla pelle e sulle mucose indurate, o senza antecedenti alterazioni, e che caratterizzano una varietà di cancro chiamato *vegetante*. Diciamo pure che le diverse denominazioni che abbiamo messe sott'occhio sono inutili, e recano grande confusione nello studio del cancro; quindi da ora in poi non bisogna più servirsene. Se le ò citate in questo libro si è per indicare al lettore il valore che deve dare a queste espressioni, le quali sono consacrate in alcuni trattati, ed ancora in uso nel linguaggio di molti medici.

Parleremo qualche volta in seguito del *cancro colloide* o *gelatiniforme*, degenerazione consistente in una trama areolare, ripiena di una specie di ghiaccio o di una materia analoga alla colla. Quest' alterazione appartiene al cancro per gli accidenti che produce; ma ci sembra, del pari che al Signor Cruveilhier, distiuto dal tessuto encefaloide, 1.º per la mancanza di un periodo di crudità, 2.º per la mancanza de' vasi; 3.º perchè si ulcera raramente.

Dietro i dettagli che precedono, chiaro risulta che molte differenze separano lo scirro dalle encefaloide, in guisa che torna estremamente facile distinguerlo, sia sul vivo, che sul cadavere, eccettuato però quando lo encefaloide è ancora nello stato di crudità. Molti prendono da ciò autorità per ammettere che le due alterazioni sono identiche e costituiscono soltanto un grado l'una dall'altra, mentre molti fondandosi sulla dissimiglianza, ne fanno delle affezioni distintissime. Queste quistioni sono di poca importanza; perchè, qualunque sia la opinione alla quale si appigli, in pratica, non può succedere diversamente, di considerare lo scirro e lo encefaloide siccome due malattie che si manifestano sotto la influenza di una stessa diatesi, che producono gli stessi accidenti, e richiedono l'uso degli stessi mezzi terapeutici.

Sintomi. — Torna difficile dare in modo generale la storia sintomatica del cancro, che siamo per considerare in questo luogo sotto l'aspetto medico. I sintomi locali delle malattie cancerigne variano secondo una moltitudine di circostanze, e specialmente secondo la sede. Quando l'alterazione è luogo verso un organo profondo, si osservano prima diversi disturbi funzionali che nulla posseggono di caratteristico, e che spesso dipendono meno dalla natura della malattia che dall'ostacolo e dalla compressione che un tumore insolito esercita sull'organo vicino: ciò osservasi specialmente pel cancro del cervello, della midolla e de' polmoni. In alcuni casi, il cancro, sia al suo sviluppo, sia dopo aver acquistato un certo volume, ma che per ancor non è prodotto alcun disturbo funzionale, si manifesta di botto con un accidente insolito che fissa tosto l'attenzione del medico. Tali sono le emorragie eccessive, che vedremo come primo sintomo, come sintomo indicatore, ne' cancri degli organi profondi, che comunicano più o meno direttamente collo esterno: in fatti ciò è luogo ne' cancri dello stomaco, de' intestini, dell'utero, de' reni ed anche de' polmoni. Queste emorragie, manifestandosi così ad un periodo poco avanzato del cancro e prima della sua ulcerazione, sono difficili a poter essere spiegate: in fatti non possono rannodarsi, come quelle di un periodo più avanzato, alla corrosione di un vaso, perchè non esiste ancora in alcuna parte soluzione di continuo. È cosa evidente che si formano allora per esalazione, meno sul punto alterato che sulla porzione sana del viscere. Questi scoli non saprebbero spiegarsi per un ostacolo nella circolazione; perchè il prodotto morboso è spesso un piccolo volume, ed è sede in un punto ove qualunque compressione è impossibile. Allora fa d'uopo ammettere che il cancro esercita sull'organo un'azione occulta, che modifica, perverte la sua vitalità in modo a farle esalare il sangue. Però le emorragie sono un sintomo

che appartiene generalmente ad un periodo più avanzato del cancro, cioè quando il prodotto morboso si ammolisce, e specialmente quando si ulcera. Possonsi osservare nello scirro; però sono più comuni, e specialmente più copiose, più ostinate, e soggette alle frequenti recidive negli encefaloidi: oltre a che ciò spiegasi per la grande quantità de' vasi arteriosi che questi prodotti morbosi contengono.

Il cancro risveglia spesso de' dolori vivi; questi hanno il carattere lacerante, pungente, il più delle volte sono continui, ma soggetti agli esasperamenti irregolari; possono per la loro violenza e la loro continuità, scuotere fortemente il sistema nervoso, ed eccitare il delirio e le convulsioni, o pure abbattere le forze ed accelerare così l'esito funesto della malattia. Per i dolori hanno questa violenza ad un'epoca avanzata, quando il cancro si ammolisce e si ulcera. Allo sviluppo della malattia, poi, i dolori sono comunemente poco vivi e qualche volta negativi. Pertanto non bisogna considerare il dolore, e specialmente il lancinante, siccome un sintomo costante del cancro, ma solamente come un accidente frequente, ordinario: in fatti alcuni individui muoiono con tutti i sintomi della cachessia cancerigna senza aver provato alcun notevole dolore. Questa mancanza del dolore, o almeno del dolore vivo, si osserva specialmente nel cancro de' polmoni, del fegato, de' reni e dello stomaco; esso è molto più raro nel cancro uterino. Torna impossibile spiegare per alcun carattere di organizzazione i dolori del cancro, nè le anomalie e le differenze che questo sintomo presenta ne' diversi individui. Però bisogna dire qui che tutti i dolori che si osservano in quelli affetti da cancro non hanno la stessa sede: quindi gli uni, e sono i più comuni, dipendono direttamente dal cancro; essi hanno sede manifestamente nell'organo affetto; sono quelli de' quali nessuna spiegazione soddisfacente può essere data. Ve ne sono degli altri i quali risultano dalla compressione o dallo stiramento che il tumore cancerigno produce su' filetti nervosi circostanti: questi differiscono da' primi in quanto che si propagano e si sentono di lontano, seguendo quasi sempre il tragitto conosciuto di un nervo.

Il cancro, quando non occupa un organo importante, può acquistare un volume considerabile senza alterare notabilmente la nutrizione; tuttavolta questi fatti sono molto rari; oltre a che questo stato latente cessa quasi sempre quando il tumore arriva al periodo dello ammolimento e specialmente di ulcerazione. Fuori di questi casi eccezionali, può dirsi che il cancro è uno de' prodotti morbosi che riflettono più prontamente ed in modo più pericoloso sulla costituzione intiera. Quidi si veggono ammalati dimagrirsi, perdere le loro forze e languire: il loro colorito si fa a poco a poco giallo di paglia il quale, visibile prima alla

faccia, addiviene tosto evidente su tutta la superficie del corpo. Questo colorito si fa manifesto e generale specialmente nell'epoca dello ammolimento e della ulcerazione delle masse cancerigne: il dimagrimento progredisce allora rapidamente; le digestioni si alterano; e questo insieme di sintomi è quello che prende il nome di *cachessia cancerigna*. La malattia giunta a questo periodo non retrocede più, progredisce incessantemente; la estirpazione del male, operato in queste condizioni, affretta piuttosto i suoi progressi provocando la comparsa delle degenerazioni cancerigne in questi organi. Le membra s'infiltrano, il dimagrimento addiviene estremo; qualche volta le ossa acquistano una eccessiva fragilità, per lo assorbimento della materia organica; a questo punto alcuni infelici si sono fratturati muovendosi soltanto nel loro letto. Non ostante questi disordini, la maggior parte degli ammalati rimangono senza febbre; alcuni però offrono negli ultimi tempi un movimento febbrile il quale, quasi sempre, è sintomatico di qualche complicazione infiammatoria, ma che però, in alcuni casi, sembra dipendere unicamente dall'azione dell'eterca che esercita sulla economia l'assorbimento della materia cancerigna. Checchè ne sia, la febbre è in questo luogo, siccome l'osserva il Signor Récamiér, un prodromo della prossima morte, comunque vigoroso e ben nutrito potesse essere lo ammalato.

Surse la curiosità di sapere ciò che accadeva nel sangue in una malattia che esercita una sì pericolosa influenza sulla nutrizione. Questo punto è stato dilucidato dal Signor Andral. Questo dotto professore ha osservato dapprima, nel cancro, la proporzione della fibrina aumentarsi solo quando la materia scirroso o encefaloide tocca o pure è giunta al periodo di ammolimento o di distruzione. Se poi per la sua sede il cancro compromette le funzioni di un organo che serve alla riparazione del sangue, per esempio, siccome lo è lo stomaco, allora si può trovare una diminuzione nella proporzione della fibrina. In quanto a' globetti, questo elemento null'altro è presentato al Signor Andral che questa progressiva diminuzione che prova ogni qual volta l'organismo è sotto la influenza di una causa qualunque di abbattimento: il sangue addiviene specialmente oltre modo povero di globetti ne' cancri che producono delle abbondanti emorragie o ripetute, o pure ne' cancri dello stomaco che rendono la riparazione insufficiente ed anche impossibile. Nel cancro, l'appoverimento de' globetti dunque non à luogo allo sviluppo della malattia, siccome l'osserviamo ne' tubercoli, ma più tardi, in modo affatto accidentale ed in seguito delle cause già indicate. Il Signor Andral, di concerto col Signor Gavaret avendo egualmente cercato a conoscere, se, all'epoca in cui la *cachessia cancerigna* è ben stabilita, il sangue contenesse qual-

che prodotto eterogeneo, à osservato, esaminando questo liquido col microscopio, una grande quantità di globetti di pus ben distinti; oltre a che al lato di questi globetti esistevano altri corpi di un aspetto affatto particolare, che il Signor Andral non à trovati nel sangue se non che in queste circostanze; erano delle lamine ellittiche, a guisa di granito alla loro superficie, di un volume maggiore de' globetti del pus, e di una forma molto più rotonda di quella delle semplici piastre albuminose. Queste lamine non solo esistevano nel sangue contenuto nel ventricolo destro, ma le à pur trovate in gran numero nel liquido icoroso raccolto in mezzo alle masse cancerigne, in guisa che il Signor Andral domanda a se stesso se queste laminette fossero la forma per la quale si mostrerebbe a' nostri occhi la materia cancerigna ammolita, e la specie d'icore che se ne ricava. È questo un soggetto di ricerche a doversi continuare. Checchè ne sia, è cosa evidente che il sangue è alterato, e quest'alterazione può render ragione dello sviluppo de' cancri secondari: questi possono nascere benissimo, è vero, dietro una causa incognita che à prodotto il primo cancro, ma sembra costante ancora che il detritus di questo, assorbito da' vasi, può riprodurre in parti lontane alcuni tumori della stessa natura: questo punto di dottrina è ammesso da Vogel, il quale avendo introdotto ne' vasi sanguigni di un cane alcune cellule cancerigne per anco calde, vide i tumori della stessa natura svilupparsi ne' polmoni degli ammalati.

Corso, durata, esiti. — Il cancro à un corso progressivo; può rimaner per lungo tempo stazionario quando trovasi al periodo d'induramento, ma una volta ammolito e specialmente ulcerato, il suo corso è sempre crescente. Cominciando quasi sempre da un punto circoscritto, e qualche volta simultaneamente sopra una grande superficie, tende mai sempre ad invadere le parti vicine, che assimila a se. Abernethy aveva preteso che la estensione del male per via di continuità era propria dello scirro, mentre che lo encefaloide respingeva le parti vicine anzichè convertirle in propria sostanza. Questa idea del chirurgo inglese, senza essere affatto erronea, è per lo meno esagerata. Però il cancro non solo si propaga in vicinanza, ma si estende pure agli organi lontani mediante la circolazione linfatica. Quindi i gangli che ricevono i vasi bianchi provenienti dalla parte ammalata s'ingorgano e tosto subiscono la trasformazione scirroso o encefaloide; più tardi l'alterazione si propaga agli altri gangli più profondi; in fine, sotto la influenza di questa infezione che si produce e pel sistema linfatico, e per le vene, le quali, siccome abbiain detto, possono essere penetrate dalla materia cancerigna, ed anche sotto la influenza del-

la diatesi, causa primiera della malattia, si veggono analoghe alterazioni formarsi in moltissimi organi.

La durata del cancro è affatto indeterminata; ve ne sono di quelli che percorrono tutti i loro periodi in due o tre mesi; altri durano molti anni, ma quasi tutti terminano dopo nove mesi. La morte sembra essere l'esito quasi costante della malattia. Si citano però alcuni esempli di risoluzione d'ingorghi scirrosi: il Signor Récamier ne riporta due casi osservati dal Signor Duméril. Di simili fatti però sono molto rari, in guisa che l'uomo collocato sopra il massimo teatro, e per molti anni di pratica non può compromettersi di osservarne un sol caso in tutta la sua vita. Il cancro può non pertanto restare lungo tempo stazionario, ed anche retrocedere in qualche modo: quindi osservarsi qualche volta l'organo indurarsi, restringersi, ritornar su di se stesso, atrofarsi in fine, e rimanere in questo stato per molto tempo. Però osservate bene che la malattia non persiste meno di prima; solamente è cangiato forma. Qualche volta si vede pure il tumor canceroso, bruscamente colpito da gangrena, essere eliminato; ma di rado la mortificazione colpisce tutta la massa, e ne' casi rari ove questo effetto à luogo la malattia non tarda a ripullulare. Si può anche considerare la gangrena piuttosto come un accidente che sollecita l'esito fatale anzichè come un mezzo di spontanea guarigione della malattia. È appena credibile che le ulcere carcinomatose siano suscettibili di cicatrizzazione; però ciò può verificarsi, senza che lo stato costituzionale ne sia migliorato, e l'affezione locale distrutta, perchè la cicatrice si stabilisce nella materia encefaloide istessa.

Etiologia. — Il cancro è una malattia che non rispetta alcuna età; si osserva spesso ne' ragazzi giovanissimi; in essi si osserva soltanto lo encefaloide, e l'occhio è l'organo più spesso invaso. Però nella età adulta ed al suo declinare come anche nel primo periodo della vecchiezza, la degenerazione cancerigna offre il suo massimo di frequenza. Non è affatto provato, siccome lo àn preteso, che le affezioni caucerigne siano più frequenti nella donna che nell'uomo; perchè se nella prima si trova frequentemente il cancro uterino e quello delle mammelle, si vede nel secondo il cancro de' testicoli, e molto frequentemente più che nella donna il cancro dello stomaco e della faccia. Nulla conosciamo di preciso sulla influenza che le costituzioni, i temperamenti, le professioni e le diverse condizioni igieniche esercitano: tutto ciò che si è detto è stato stabilito sulle semplici assertive prive di prove: solamente sembra vero che i patemi morali e le passioni tristi abbiano una reale influenza. Per lo contrario a quel che à detto Bayle ed il Signor Cayol, ammettiamo come un fatto dimostrato la eredità del-

le malattie cancerighe; il Signor Leroy d'Étiolles à pensato che la trasmissione ereditaria esisteva in un decimo de' casi.

Il cancro nasce quasi sempre lentamente, spontaneamente, senza l'azione manifesta di una causa eccitante; però in alcuni casi si vede l'alterazione manifestarsi dietro una violenza esterna, ma questa non può esser ne deve considerarsi che come una causa accessoria che non à potuto agire nello individuo se non per la probabile preesistenza in esso di una disposizione interna sconosciuta nella sua essenza, in una parola una diatesi speciale. Questa rende ragione perchè il cancro nasce quasi sempre senza lo intervento di alcuna causa; perchè si sviluppa spesso simultaneamente o successivamente in molti organi della economia lontani gli uni dagli altri; perchè, quando si estirpa, si riproduce quasi costantemente; ed in fine perchè non si può mai, checchè si faccia, riprodurre l'alterazione a volontà se lo individuo non porta in lui il germe della malattia, o almeno la predisposizione. Il cancro non è contagioso.

Terapeutica. — Convinto della impotenza dell' arte per guarire il cancro, passeremò sotto silenzio tutti i mezzi raccomandati contro di esso; poichè, siccome dice il Signor Littrè, un simile computo sarebbe per così dire una impostura capace di far credere che la medicina può sciegliere i suoi rimedi, mentre che in realtà non offre che deboli ed ingannatrici speranze. Lasciam dunque da parte la cicuta, la belladonna, l'aconito, la digitale, l'oppio, il ferro, il iodo, l'arsenico, i mercuriali, i sali di rame e di barite, l'allume e la creosota, ec. Tra i mezzi esterni raccomandati, si trova la compressione, che il Signor Récamier à molto praticata, ma la cui inefficacia è oggi disgraziatamente dimostrata, almeno per la maggior parte de' casi. Nulla diremo delle pomate fondenti, de' rivellenti e degli antiflogistici, mezzi piuttosto nocivi anzichè utili, e la cui efficacia non cape in mente di alcun uomo sperimentato. Quelli che giudicano ancora lo intervento dell' arte possibile, utile, vogliono che il cancro sia distrutto con i caustici o estirpato collo strumento tagliente. Ci spiegheremo su questi metodi trattando del cancro dell' utero, per essere il solo cancro del dominio della patologia medica, al quale tornerebbe possibile applicarli.

Quasi sempre la cura del cancro deve essere palliativa. Quindi gli ammalati saranno collocati nelle buone condizioni igieniche; l'organo si metterà nel più completo riposo possibile, sarà protetto contro tutte le violenze esterne, si calmeranno i dolori coll' oppio amministrato internamente e sotto forma topica. Se il cancro è ulcerato, si farà uso, secondo lo stato delle superficie, degli emollienti, de' tonici; si corrigerà il cattivo odore colle lavande clorurate; in fine si combatteranno le emorragie cogli astringenti, la compressione, la cauterizzazione e.

Natura. — Da' precedenti dettagli, risulta che il cancro è un prodotto morboso che può formarsi sia per la degenerazione degli organi, sia pel deposito di una materia particolare nel centro de' tessuti, i quali sono in fine invasi e distrutti. Torna superfluo insistere ora per provare che la malattia non è nè infiammazione nè una reliquia di questo stato morboso. In fatti se in alcuni casi si vede la lesione venire in seguito di una causa traumatica o di una flemmasia, è giusto convenire che ciò à luogo eccezionalmente. Qui la infiammazione non era il cancro, ma agisce semplicemente come causa occasionale, ed apporta un disturbo nella nutrizione. La infiammazione per se sola non potrebbe produrre il cancro; in fatti non può far nascere a volontà questa degenerazione de' tessuti, ma è necessario che esista antecedentemente una predisposizione affatto speciale. Aggiungiamo finalmente che lo esame anatomico esclude nel cancro qualunque idea d' infiammazione; in fatti in essa i tessuti o gli elementi costitutivi degli organi sono più o meno alterati, ma ancora facili a conoscersi; nel cancro, per lo contrario, i tessuti primitivi non esistono più ed in vece esiste un prodotto accidentale.

DEL CANCRO DELLO ENCEFALO

Moltissime particolari osservazioni di cancro dello encefalo sono state pubblicate dagli autori contemporanei; specialmente da' signori Rostan, Lallemand, Bonillaud, Andral, Abercrombie, ec. Il Signor Calmeil, riunendo la maggior parte de' fatti disparati, à dato, nel t. XI.^o del *Dictionnaire de Médecine*, una storia molto completa della malattia. Il lavoro del Signor Calmeil ci è stato di somma utilità per il riepilogo di questo articolo. Ci siamo pure serviti moltissimo delle ricerche del Signor Andral, il quale nel quinto volume della sua *Clinique* à dato alcuni risultati fondati sull' analisi di quarantatre osservazioni particolari.

Anatomia patologica. — Tutte le parti dello encefalo non sembrano del pari soggette alla degenerazione cancerigna. Si può conchiudere dalle ricerche del Signor Andral che l' alterazione è molto più comune negli emisferi che in qualunque altra parte: quindi ne' quarantatre casi analizzati da questo dotto professore, si trova che il cancro aveva sede trentuno volte negli emisferi cerebrali, cinque nel cervelletto, tre nella glandola pituitaria, una nel mesocefalo, e tre volte nella midolla spinale. Il volume delle masse cancerigne varia moltissimo: vi sono casi in cui un emisfero intiero è trasformato in cancro, ed altri in cui non esiste che un piccolo tumore simile appena al vo-

lume di un'avellana. Il numero di questi tumori è pure variabile: quindi ora se ne trova un solo, mentre in alcuni casi ne esistono molti disseminati nelle diverse parti dello encefalo. Il cancro del cervello può presentarsi sotto le apparenze dello scirro; altra volta è una sostanza colloide; più spesso à tutti i caratteri della degenerazione encefaloide. Queste masse cancerighe sono qualche volta chiuse ne' cistici o semplicemente incasate in mezzo della polpa nervosa, dalla quale possono essere facilmente svelte; altre volte la porzione alterata conserva i suoi rapporti di continuità colle parti circostanti.

La sostanza nervosa situata allo interno de' prodotti cancerosi può essere intatta; però spesso è iniettata, indurata, ed il più delle volte ammolliata. Se il tumore à sede presso la superficie, le circonvoluzioni cerebrali corrispondenti seno appiattate; quando l'alterazione colpisce la superficie dell'organo le membrane possono essere infiammate, spessite o invase dal prodotto morboso: questo può anche alterare le ossa vicine e farsi strada al di fuori. Il Signor Andral dice di aver veduto de' cancri intercranei perforare la lamina cribrata e l'etmoide, penetrare nelle fosse nasali ed empierne i differenti seni che comunicano con queste cavità. In un caso, il cancro sviluppato dal lato della faccia inferiore del cervello era uscito dal cranio diramandosi a traverso i fori della sua base. I nervi situati in vicinanza dell'alterazione sono invasi da essa, o pure compressi ed atrofiati, o anche intieramente distrutti; in fine, se il tumore urla sopra uno de' serbatoi del sangue venoso, si trova un infiltramento sotto aracnoideo considerabile ed un versamento intra-ventricolare: lo stesso effetto à luogo, ed un vero idrocefalo si sviluppa, quando il tumore è collocato in modo a comprimere il quarto ventricolo o il condotto di Silvio. Il cancro del cervello può esistere solo o coincidere con prodotti simili in diversi organi; ciò è stato trovato dieci volte dal Signor Andral su i quarantatré casi analizzati dallo stesso; allora il cancro cerebrale sembra essersi sempre sviluppato consecutivamente ad un cancro esterno.

Sintomi, corso. — Torna quasi impossibile poter fissare lo sviluppo del cancro del cervello; poichè quando il tumore è poco voluminoso e che il suo sviluppo si sta effettuando, siccome il Signor Calneil lo dice, mediante una specie di assimilazione lenta e graduale, il disturbo che risulta dal suo contatto sulla sostanza cerebrale può essere negativo o quasi negativo. Quindi mille volte si trovano nel cranio tumori carcinomatosi i quali nessun disturbo manifesto hanno presentato durante la vita, o pure gli ammalati hanno provato soltanto sintomi leggeri, semplici indisposizioni per le quali non han chiesto alcun consiglio. In generale i tumori cancerigni intercranei producono

de' disturbi funzionali alquanto notabili solo quando hanno acquistato un certo volume; tra questi disturbi citeremo, secondo il Signor Calmeil, siccome più costanti e più distinti, la cefalalgia, le lesioni de' movimenti de' sensi e delle facoltà intellettuali.

La cefalalgia è uno de' sintomi più costanti, perchè il signor Calmeil lo à notato trenta volte su quaranta. Questa cefalalgia può essere circoscritta o generale, mobile o fissa; però in questo caso non indica sempre per la sua sede quella della lesione organica. Di rado continua, ritorna il più delle volte ad accessi che offrono alcune volte una certa periodicità. Il dolore offre spesso tutti i caratteri della micrania; in alcuni è sordo e contusivo; in altri è inteso, atroce, strappa gli urli, e simula per la sua violenza e la sua sede un accesso di nevralgia: si aggrava spesso pel calore; qualche volta, questo lo calma; lo stesso avviene della pressione esterna, che ora lo adolcisce ed ora lo esacerba. La fatica, lo insolamento, i patemi morali ed i lavori intellettuali provocano le crisi, che in generale si ravvicinano tanto più in quanto la malattia è più antica: spesso accade che i salassi li calmano o ne abbreviano la durata. In alcuni casi rari (una volta su quaranta), la sensibilità generale è esaltata; allora la pelle di questi individui non può essere tocca, senza risvegliare le più penose sensazioni; altri accusano nel tronco e nelle membra dolori vivi, spontanei, che simulano i dolori nevralgici o reumatici. L'udito può essere indebolito o perduto, lo stesso dicasi della vista; alcuni ammalati hanno diplopia con o senza strabismo; altri allucinamenti, specialmente del senso della vista; l'odorato ed il gusto sono di rado perduti. Avvi paralisi del senso sopra un decimo degli individui, e diverse paralisi del moto ne cinque sesti. La metà sono emiplegiaci, gli altri sono paralizzati di tutto il corpo. La paralisi è ordinariamente incompleta; essa si stabilisce gradualmente o in modo brusco, in mezzo a' sintomi ordinari di una apoplezia o pure dietro le convulsioni. Queste lesioni del senso e del moto offrono spesso delle alternative: quindi si veggono diminuire, cessare, poi ricomparire anche tre, quattro, cinque e sei volte prima di divenir costanti.

Le convulsioni sono un sintomo frequentissimo: esse vestono diverse forme; si manifestano spesso a lunghi intervalli, simulando qualche volta gli accessi epilettici. In alcuni individui gli attacchi convulsivi sono annunziati dalla cefalalgia, con tendenza al coma, dallo insieme di sintomi cerebrali eccessivamente gravi la cui durata è di molte ore e qualche volta di molti giorni. In alcuni casi le convulsioni sono parziali e limitate ad un membro o ad un sol lato della faccia. Alcuni ammalati offrono una contrattura permanente; altri in piccol numero, au-

no movimenti coreici. Le convulsioni alternano spesso colla paralisi. Il Signor Colmeil à notato diversi disturbi della intelligenza nella metà degli ammalati: questi disturbi sono variabilissimi: alcuni soggetti ànno un delirio maniaco, ma la maggior parte perdono la memoria, il giudizio, e cadono nella demenza. In mezzo a questi disordini, le funzioni digestive e la nutrizione posso rimanere intatte per qualche tempo; però presto o tardi gli ammalati s' indeboliscono; dimagrano, alcuni sono soprafatti da vomiti; in fine dopo alcuni mesi, uno o molti anni di sofferenza, periscono. Gli uni muoiono gradatamente, altri violentemente in un accesso convulsivo; in fine altri periscono per una complicazione cerebrale o per qualche malattia intercorrente estranea allo encefalo. In tutti i casi la morte à luogo prima che i sintomi di cachessia cancerigna siano ben distinti.

Diagnosi. — Torna difficilissima cosa giungere alla diagnosi delle malattie cancerigne dello encefalo, perchè i sintomi precedenti, presi isolatamente o anche riuniti, non saprebbero caratterizzare sicuramente questa malattia. Tuttavia, coadiuvati da alcuni commemorativi, possono permettere una supposizione dell'alterazione. Quindi diremo col Signor Calmeil che ogni qualvolta si sarà chiamato presso un individuo adulto il quale, senza presentare i sintomi di una encefalite locale acuta, di una emorragia o di un'ammollimento recente; accusa da lungo tempo violenti dolori di testa, debolezza in un lato del corpo, quando prova convulsioni epilettiformi, diverse lesioni de' sensi e disturbi della intelligenza, senza che del resto, la salute generale sia abitualmente sconvolta, si potrà pensare alla esistenza di un tumore intracranio di natura cancerigna. Resteranno meno dubbj, se lo ammalato porta su qualche parte del corpo una piaga o un tumore cancerigno, o se sia stato operato di fresco di questa affezione. Ripetiamo qui ciò che abbiamo avuto occasione di ripetere molte volte, che tornerebbe difficile, dietro la sede e la estensione della paralisi e delle convulsioni, determinare quale sia il punto dello encefalo affetto dal cancro; oltre a che una lesione circoscritta può produrre disturbi generali. Quando il tumore occasiona una paralisi o le convulsioni parziali, i suoi effetti sono sempre incrociati.

Pronostico. — Torna superfluo dire che la malattia è sempre incurabile.

Etiologia. — Nè i quarantatré casi analizzati dal Signor Andral, due volte soltanto la malattia à potuto aver luogo dietro una causa traumatica; però bisogna ammettere la preesistente disposizione speciale, senza la quale le cause occasionali sarebbero insufficienti. Non è mica vero che il cancro sia qualche volta lo effetto della infiammazione: a torto pare che il Si-

gnor Calmil abbia sostenuto una opinione contraria, d'altronde, appoggiata dallo stesso, sopra ragionamenti soltanto e non su fatti. Il cancro cerebrale può mostrarsi in tutte le età della vita; però dietro i dettagli del Signor Andral, sarebbe più comune dopo i quarant'anni; s'ignora la influenza esercitata dal sesso; nulla si conosce sulle cause speciali che determinano l'azione della diatesi cancerigna sullo encefalo piuttosto anzichè sopra qualunque altr'organo.

Cura. — La cura è puramente palliativa. Bisogna prescrivere allo ammalato un regime dolce, una vita calma, l'astinenza dalle bevande stimolanti; si manterrà il ventre lubrico, si stabilirà una controirritazione permanente alla base del cranio coll'applicazione di un profondo esutorio (cauterio, moxa o setone). Se i dolori sono violenti, si amministrerà l'oppio o si applicheranno alcune sanguisughe dietro le orecchie, e se il polso è forte, si aprirà la vena. I salassi sono generalmente indicati durante gli accessi convulsivi, perchè questi dipendono spesso da un lavoro congestivo o da un ammollimento che si forma intorno al prodotto morboso. Pur tuttavia le perdite del sangue non dovrebbero essere prescritte se non quando lo ammalato è ancora molto forte per poterle sopportare.

Passeremo sotto-silenzio il canero della midolla spinale, malattia rarissima, ed i cui sintomi sono quasi perfettamente ignoti.

DEL CANCRO DE' POLMONI E DELLE PLEURI

Il canero de' polmoni è stato vagamente descritto prima di Bayle, il quale lo descrisse il primo, e ne formò la sua sesta specie di eticia polmonale; però questa malattia non è stata convenevolmente studiata che in questi ultimi tempi. Essa lo è stato specialmente da alcuni medici stranieri, tra i quali citeremo i dottori Heyfelder, Cawan, Stokes, C. Hughes, Taylor e Walshe, il quale, nello eccellente manuale che abbiamo avuto occasione di citare, ha perfettamente data la diagnosi differenziale della malattia.

Anatomia patologica. — Lo encefaloide è il prodotto cancerigno che si sviluppa più comunemente ne' polmoni. L'alterazione può assalire questi organi in una grande estensione: quindi un lobo intiero può essere intieramente invaso. Per lo più però si trovano delle masse rotonde, in maggiore o minor numero, situate per la maggior parte al di sotto della pleura, ed il cui volume varia da quello di un'avellana sino a quello di un araneo. Queste masse, qualche volta limitate ad un sol polmone, invadono quasi sempre i due organi nello stesso tem-

po. In fine, in alcuni casi il cancro nascendo fuori del polmone, non fa che comprimerlo e respingerlo a guisa de' versamenti pleuritici; quindi si son vedute delle vegetazioni fungose, encefaloidi, nate sotto la pleure, riempire tutta la cavità e spingere il polmone nella colonna vertebrale; più raramente si son veduti i tumori solidi, nati fuori del polmone, cioè nella stessa cavità delle pleuri, o pure tra queste membrane ed i polmoni o le coste, acquistare un enorme volume (quello della testa di un adulto per esempio), in modo a dilatare la parete toracica e spingere il diaframma in basso (1). Il cancro polmonale coesiste il più delle volte con qualche cancro esterno, ed esso è quasi sempre consecutivo.

Sintomi, corso. — Quando il cancro è disseminato sotto forma di piccoli tumori, non è possibile poterlo diagnosticare; nella maggior parte de' casi, è anche intieramente latente. Però quando esiste in massa, ed à acquistato un grande sviluppo, gli ammalati anno dispnea, oppressione; tossiscono; alcuni espellono de' sputi, che Stokes e Hughes paragonano alla gelata di uva spina; molti anno abbondanti emottisi. Si osserva un suono matto completo in una estensione più o meno considerabile del torace, con mancanza completa del rumore respiratorio, o un prodotto di soffio tubario e di broncofonia, purchè i tubi bronchiali non siano completamente chiusi. In fine quando il tumore à acquistato un grande sviluppamento, si osservano diversi fenomeni di compressione dal lato dello esofago, de' bronchi o della vena cava. La milza o il fegato sono spostati, ed il lato corrispondente del torace, come anche lo ipocondrio, sono dilatati. A questi fenomeni si uniscono tosto un dimagrimento progressivo, una diarrea colliquativa e tutti i segni della cachessia cancerigna.

Da ciò che precede chiaro risulta non esservi alcun segno che indica in modo certo la esistenza di un cancro polmonale; pur tuttavia diremo col Signor Hughes che, se esistono segni di solidificazione estesa del polmone, specialmente alla sua sommità, senza commemorativi di pneumonia, senza fenomeni di ammolimento di tubercoli, se lo ammalato a sofferto emottisi, se il complesso de' fenomeni generali ed il corso della malattia differiscono da quelli della degenerazione tubercolosa; se gli sputi somigliano al ghiaccio dell' uva spina, se le vene del braccio e della metà corrispondente del collo, del petto, dello addome, sono distese, e se avvi edema di queste parti, indizio di un ostacolo della circolazione venosa, bisognerà sospettare

(1) Si consulterà con frutto una interessante tesa del Signor Henri Gintrac, *sur les tumeurs solides intra-thoraciques* (1845, num. 15)

la esistenza del cancro de' polmoni; questo sospetto acquisterà maggior fondamento, se i tumori della stessa natura esistono già nelle altre parti del corpo. I fenomeni precedenti non indicano affatto, è vero, la esistenza di un cancro, ma solamente de' tumori che comprimono i vasi. Or, in simil caso, non si può affatto esitare tra un aneurisma dell' aorta ed un tumore solido. La idea di aneurisma sarà allontanata per la mancanza de' segni propri di questa malattia. Se si è allora condotto per la via di esclusione a credere alla esistenza di un tumore solido, bisognerà supporre che questo è di natura cancerigna, perchè questa specie di tumore è quasi la sola che trae origine nella pleura. Nessun segno alquanto certo può far distinguere i prodotti encefaloidi della pleura, da un versamento pleuritico; allora si potrebbe aver riguardo a' segni distintivi indicati dal professor Walshe di Londra. Questi segni sono: la mancanza costante della fluttuazione intercostale, la resistenza alla percussione, la intensità del soffio tubario, e della broncofonia, la estensione considerabile sulla quale si sentono questi fenomeni, la mancanza di qualunque ecofonia, la trasmissione de' battiti del cuore, e qualche volta la esistenza di pulsazioni particolari: aggiungete a ciò i segni di compressione precedentemente indicati. Ma tra tutti questi segni, insisteremo specialmente su i seguenti: 1.° la percussione presenta un suono matto estremamente resistente; 2.° non si può, qualunque siasi la forza colla quale si percuote, aver la sensazione di alcuna elasticità profonda: 3.° questo suono matto è permanente e non sottoposto a spostamento per le diverse posizioni del tronco 4.° finalmente avvi uno de' segni di cachessia che non si osserva affatto in una pleurisia semplice.

DEL CANCRO DELLO ESOFAGO

Lo esofago è qualche volta colpito da degenerazione cancerigna, ma quest'organo è meno soggetto a tal genere di alterazione dello stomaco e dello intestino. Nello esofago non si osserva che lo scirro o l' encefaloide. L' alterazione non occupa forse mai la mucosa isolatamente, siccome ciò a luogo qualche volta nello stomaco; ma sempre i tessuti sottostanti sono la sede speciale e qualche volta unica del prodotto morboso. In generale il cancro non invade l' organo che in 6 a 9 centimetri di estensione: i due estremi del condotto sono i due punti più frequentemente affetti. Lo esofago è sempre ristretto e qualche volta affatto chiuso al livello della degenerazione cancerigna. La parte dell' organo situata al di sopra dell' alterazione è ingrandita, dilatata, mentre che quella situata al di-

sotto è contratta su di se stessa; però questi cambiamenti nelle dimensioni dello esofago non hanno luogo costantemente. Quando il cancro è ammolito, ulcerato, si possono trovare delle comunicazioni anormali tra lo esofago e gli organi vicini, siccome lo abbiamo già detto precedentemente.

Il cancro avendo per effetto costante di restringere lo esofago, si osservano tutti i disturbi locali che abbiamo descritti parlando, nella classe precedente, de' restringimenti di questo condotto; di più ricorderemo che quando il restringimento dipende da un prodotto cancerigno, si osserva il dimagramento e la consunzione sin dallo sviluppo, anche prima che la disfagia sia portata ad un alto grado. Le mucosità filamentosose che si segregano costantemente alla superficie delle parti affette sono espulse con sforzo, il che produce permanentemente sofferenza ed ansietà; questo effetto non ha luogo ne' restringimenti non cancerigni, che siano pure prodotti da esofagite cronica o dalla compressione di un tumore esterno. Le mucosità di cui è parlata sono prima bianche, affatto albuminose, ma ad un' epoca avanzata della malattia, sono miste a sangue, a pus e qualche volta a detritus cancerigno. Senza odore allo sviluppo, possono acquistare più tardi un odor fetido. Non parlo de' dolori pungenti, che mancano quasi sempre; almeno la maggior parte degli ammalati non accusano che un dolore sordo nel dorso o dietro lo sterno, che si esacerba col passaggio degli alimenti, colle eruttazioni e gli sforzi: alcuni provano un senso di calore, di scottatura, ma di rado veri dolori lancinanti. Abbiamo veduto in un caso i dolori prodotti da un cancro della parte media dello esofago propagarsi dalla colonna vertebrale in tutto il lato destro del petto, seguendo il tragitto de' nervi intercostali. La morte è l' esito costante della malattia. Questa ha luogo per i progressi della cachessia cancerigna e spesso per la debolezza, o pure in seguito della estensione della malattia e della comunicazione che si stabilisce tra lo esofago ed alcuni degli organi vicini specialmente co' polmoni e colla cavità delle pleuri.

La sua cura ci sembra dover essere intieramente palliativa. Si potrà consigliare il dilatamento solo allo sviluppo; ma sarebbe imprudente cosa praticarlo quando il cancro è ammolito; perchè allora molte volte hanno luogo i perforamenti che producono gli accidenti rapidamente mortali (vedi perforamento dello esofago).

DEL CANCRO DELLO STOMACO

Lo stomaco è uno degli organi della economia più spesso colpito da degenerazione scirroso o cancerigna. Nell' uomo è il viscere più frequentemente affetto, e nella donna lo stomaco deve essere collocato immediatamente dopo l' utero e la ghiandola mammaria per la sua predisposizione al cancro, e forse allo stesso livello (1).

Storia. — Il cancro dello stomaco, vagamente indicato dagli antichi, cominciò ad esser descritto verso il principiar del XVI.^o secolo. Da quel momento in poi, molti autori pubblicarono alcune osservazioni su questa terribile malattia; però i fatti più completi sono stati riuniti e riportati dal Morgagni nelle sue moltissime lettere, specialmente nella 29.^a 30.^a 35.^a ec. I lavori della scuola di Parigi anno dopo quarant' anni perfezionato di molto la storia del cancro dello stomaco, tanto sotto il rapporto anatomico che sotto il rapporto sintomatico. Ricorderemo in questo luogo la monografia di Chardel, opera meritevole; le ricerche di Bayle e Cayol, inserite nel gran *Dictionnaire des sciences médicales*; quelle del Signor Louis, pubblicate nella collezione delle sue Memorie, quelle del Signor Andral, le cui idee sono esposte nella sua *Clinique* e nelle sue *Anatomie pathologique*, in fine il trattato comendevolissimo del Signor Prus pubblicato nel 1828.

Anatomia patologica. — Tutte le forme della malattia cancerigna possono osservarsi nello stomaco. Quest' organo può essere invaso in tutta la sua estensione; più spesso l' alterazione è limitata ad una porzione del viscere. Le parti più frequentemente affette sono, per ordine di frequenza, il grand' arco, la faccia anteriore e posteriore, finalmente la regione splenica. La degenerazione invade comunemente tutta la spessezza della parete stomacale, o almeno molti de' suoi elementi anatomici; però in alcuni casi, l' alterazione può occupare soltanto uno dei suoi tessuti. Quindi si vede qualche volta la sola mucosa essere affetta: allora si trova la faccia interna dello stomaco disseminata di vegetazioni fungose, azzurrognole o rossastre, friabile, delle quali le une hanno una larga base e le altre sono peduncolate; il loro volume varia da quello di una testa di spil-

(1) Il Signor Tanchou à trovato che su 9, 118 cancri, de' quali 3, 425 viscerali, ve ne erano 2, 203 appartenenti allo stomaco. Da ciò ne siegue che lo stomaco avrebbe presentato circa il quarto del numero totale de' cancri ed i due terzi de' cancri viscerali (*Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1843).

la sino al volume di una noce; può esservene un gran numero, altre volte una sola: allora può nascere nel canale pilorico o su i bordi istessi della valvola, ed aver prodotto in questo caso tutti gli accidenti che trascinano i restringimenti organici di questa porzione dello stomaco. Merita molta osservazione che la membrana mucosa, al livello della stessa vegetazione abbia conservato la sua spessezza e la sua consistenza; ciò mi è stato dato osservare quasi sempre.

Il tessuto cellulare sotto mucoso e quello che separa le fibrille della tunica muscolare che possono egualmente essere affette isolatamente; questo stesso caso non è raro. Allo sviluppo, il tessuto cellulare può essere semplicemente ipertrofiato, ma presto o tardi addiviene la sede di una trasformazion novella e presenta allora tutti i caratteri dello scirro. La tunica muscolare può rimanere illesa e conservare il suo aspetto; qualche volta però non rimane alcuna traccia, sia che essa abbia partecipato della degenerazione scirroso, o che sia stata semplicemente atrofiata. Però nella maggior parte de' casi, lo strato muscolare è, per lo contrario più visibile e manifestamente ipertrofiato; in fatti può acquistare più di 3 centimetri di spessezza. Questa lesione è stata indicata e con superiorità descritta dal Signor Louis. Quando le tuniche cellulare e muscolare sono così simultaneamente affette, la parete corrispondente dello stomaco à acquistato una naturale spessezza: quando s' incide, si trova successivamente, siccome lo à indicato il Signor Louis, un colorito di un bianco grigiastro, poi di un bianco lattiginoso. Questi differenti coloriti corrispondono ad altrettanti tessuti, cioè: alla membrana mucosa, al tessuto cellulare sotto mucoso, alla tunica muscolare, ed in fine al tessuto cellulare interposto tra essa ed il peritoneo; di ciò si potrà essere facilmente convinto mediante un' accurata attenzione. La tunica muscolare, sì distinta in questo caso pel suo colorito e per la sua spessezza, è attraversata da chiusure cellulari che continuano insieme col tessuto sottoperitoneale. Tra tutte le tuniche dello stomaco, la sierosa e più raramente affetta; però, siccome il Signor Louis lo à pure osservato, sembra qualche volta che al livello dell' alterazione il peritoneo sia più friabile, più facile a rompersi, senza però essere più spessito. In tutti i casi, la tunica sierosa non è mai affetta primitivamente; forse ciò à pur luogo per la tunica muscolare. In alcuni casi rarissimi, si è trovato una ipertrofia di uno o di molti de' cordoni nervosi del pneumo-gastrico ed una flebite di alcune ramificazioni venose. I gangli linfatici, situati lungo l' arco dello stomaco sono generalmente sani; quelli del mesentero e dello epiploon gastro-epatico sono qualche volta ingorgati e partecipano della degenerazione. La materia canceri-

gna esiste qualche volta in molte delle vene addominali; è stata osservata sin anche nella vena porta.

Abbiamo già detto che tutte le forme del cancro potevano osservarsi nello stomaco: quindi lo scirro e lo encefaloide vi sono comunissimi; qualche volta il tumore è costituito dalla materia colloide, o pure sono vegetazioni fungose, nate sulla membrana mucosa appena alterata; in fine, si trovano frequentemente le ulcere carcinomatose; queste si formano ora primitivamente, ora succedono allo ammolimento de' tessuti scirroso ed encefaloide; ciò à luogo quasi sempre. In fine in alcuni casi rari, l'ulcera à per punto di partenza una gangrena parziale delle pareti dello stomaco, siccome mi è stato dato osservare una volta. In tutti i casi, l'ulcera cancerigna più o meno larga à i bordi duri, ineguali, rovesciati, fungosi; la sua superficie è dura, ineguale coperta di carni fungose che la gangrena può colpire; siccome ciò à luogo il più delle volte per le ulcere carcinomatose delle parti esterne. Succede anche più frequentemente che le ulcere per i suoi progressi sempre crescenti, può finalmente distruggere intieramente la parete corrispondente dello stomaco. Ma siccome in questi casi, il lavoro ulcerativo è stato lento, le aderenze solide hanno avuto quasi sempre il tempo di stabilirsi fra i due strati opposti del peritoneo: così lo stomaco sta aderente allora ad alcuni de' visceri vicini; questi formano il fondo della ulcerazione e sostituiscono la parete distrutta. Quindi è che il perforamento può essere otturato dal fegato, dalla milza, dal pancreas, dal colon trasverso, o pure dalle pareti addominale e dal diaframma, ed anche dal corpo delle vertebre. Spesso il cancro, continuando i suoi versamenti; invade finalmente la stessa parete supplementaria; in questi casi, la milza ed il fegato sono profondamente scavati; in altri lo stomaco comunica collo intestino crasso, col pericardio colla pleura ed il polmone sinistro, o collo esterno a traverso la parete addominale.

Il cancro imprime ordinariamente allo stomaco de' cambiamenti di capacità, di direzione di forma che variano secondo la sede dell'alterazione. Così quando il cancro occupa il cardia ed il corpo dell'organo, il volume dello stomaco è molte minore; perchè nel primo caso, gli alimenti e le bevande non possono arrivare che in piccola quantità, e nel secondo, le pareti non si prestano più al distendimento. Se l'alterazione à sede nel piloro, e se quest'orificio è molto ristretto, gli alimenti e le bevande, non potendo oltrepassarlo, ed accumulandosi per qualche tempo nello stomaco prima di essere espulse per vomiti, sviluppano finalmente il viscere a tal punto da vederlo invadere tutto l'addome e discendere sin nel cavo della pelvi. Il restringimento de' due orifici dello stomaco, che addivene

la causa di sì notabili cambiamenti nell'ampiezza del viscere, può essere portata a tal punto da permettere appena la introduzione di una penna di corvo. Però accade spesso che il restringimento, dopo essere stato eccessivo, diminuisce; l'orificio, in fatti, può riprendere le sue primitive dimensioni, ed acquistarne anche delle maggiori in seguito dello ammollemento e della distruzione del tessuto accidentale. Questo effetto però à luogo di rado, perchè gli ammalati periscono prima che ciò abbia luogo.

Sintomi, corso. — Nella maggior parte degl'individui, lo sviluppo del cancro è indicato dalla difficoltà delle digestioni; queste si accompagnano a peso, e qualche volta a dolori epigastrici vivi; gli ammalati anno acidità e vomitamenti formati da alimenti, o solo da materie vischiose, le quali sono emesse qualche volta dopo il pranzo, e più spesso nel loro intervallo, specialmente la mattina a digiuno. Questi disturbi contano appena alcune settimane di durata che già gli ammalati si conoscono demagrati. In queste condizioni si vede qualche volta la ematemesi riprodursi; si citano pure de' casi in cui questa emorragia sarebbe successa senza mal'essere, in mezzo a tutte le apparenze della salute; questo fatto però è molto raro. Però i disturbi digestivi aumentano, le digestioni si pervertono: quindi gli alimenti di facile assimilazione sono restituiti, mentre spessissimo gli alimenti indigesti sono digeriti senza il menomo incomodo. Questi disturbi possono rimanere per lungo tempo stazionari: alcune volte si veggono diminuire e quasi cessare; allora gli ammalati riprendono una parte del loro buon portamento e delle loro forze; però gli accidenti non tardano a ricomparire. Quindi le digestioni addiventano difficili, si accompagnano a molti rutti gassosi ed acidi che determinano un senso di calore e di bruciore alla gola. Alcuni accusano allora dolori più vivi allo epigastrio; questi dolori sono variabili, consistono soltanto in un peso negl'uni, negli altri è una sensazione di scottatura, di erosione, o pure sono delle punture che vengono di tempo in tempo e che raddoppiano quando lo stomaco è perfettamente vuoto, o durante il travaglio della digestione. Il dolore non è mai un fenomeno costante del cancro dello stomaco; in fatti questo sintomo manca intieramente in alcuni casi, e solo eccezionalmente si osservano i fenomeni tebranti che a torto anno considerato come quasi costanti nelle malattie cancerigie.

Lungi di occupare l'epigastrio, è veduto mille volte il dolore aver sede nel dorso al livello delle ultime vertebri dorsali; allora offriva il carattere trapanante, e si propagava qualche volta alla cintura secondo la direzione de' nervi intercostali.

I vomiti, che erano molto rari allo sviluppo della malattia, ed il più delle volte consistevano nel vomito di una piccola quantità di materie filamentose che aveva luogo la mattina a digiuno, sono ora più frequenti; hanno luogo comunemente poco tempo dopo il pranzo e contengono una parte degli alimenti, che allora sono più o meno alterati. Quasi sempre lo stomaco restituisce tutti gli alimenti senza distinzione, ma in certi casi, ne sceglie alcuni che restituisce a preferenza, mentre gli altri sono digeriti. Ciò che avvi di particolare si è che non sono sempre gli alimenti più indigesti che sono vomitati; per una bizzarra anche più singolare, si vede qualche volta lo stomaco rigettare gli alimenti presi la vigilia, mentre che tra le materie vomitate non se ne trova alcuna di quelle prese poco fa. I vomiti alimentizi, lungi dal ripetersi tutti i giorni, qualche volta hanno luogo dopo lunghi intervalli; in questo caso, lo stomaco si vuota, per una specie di rigurgito, delle materie che si credevano da lungo tempo digerite; quindi è che vediamo ammalati vomitare gli alimenti mangiati molti giorni ed anche molte settimane prima, e non ostante un soggiorno così prolungato nello stomaco, le maggior parte può essere ancora conosciuta. Le materie vomitate sono inoltre composte spesso di bile gialla o verde, o di un fluido brunastro o nerastro; qualche volta nero come l'inchiostro, o pure è una materia semisolida la quale, pel suo aspetto, ricorda perfettamente la fuliggine, la posa di caffè o il cioccolato misto all'acqua. Questa materia altra cosa non è che sangue esalato dallo stomaco, dove si è imbrunito, annerito per gli acidi co' quali si è mischiato, o per un principio di digestione che è subito.

Nel cancro dello stomaco la sete è variabile; ordinariamente è poco distinta; avvi anoressia; la lingua è netta, umida; esiste quasi sempre una ostinata costipazione che cede solamente all'uso de' clisteri; questi, ne' casi in cui una esalazione sanguigna è avuto luogo nello stomaco, portano via delle materie dure, e nerastre.

Esplorando la regione epigastrica, non si scovre niente di anormale né alla vista né al tatto: ciò ha luogo specialmente quando il cancro occupa il cardia o il piccolo arco dello stomaco; se poi l'alterazione invade il piloro, il grand'arco e la faccia anteriore o superiore dell'organo, si distingue spessissimo mediante il tatto un tumore di variabile volume, levigato o ineguale, più o meno mobile, intieramente matto alla percussione e spesso doloroso alla pressione. Quando il dimagrimento è molto, questo tumore può formare un certo rilievo; e quando lo stomaco è invaso in una grande estensione, o quando l'alterazione occupa il grand'arco e la faccia superiore, si vede scolpito da sinistra a destra un tumore voluminoso che rap-

presenta esattamente la forma dello stomaco, quella di una cornamusa. Ho osservato molti fatti di questo genere. Spesso succede allora che questo tumore, accavallato sull'aorta, è fortemente sollevato a ciascuna pulsazione del vaso; oltre a che questo compresso dal tumore e forse ristretto dallo stesso, manifesta a questo livello un rumore di soffio il quale, per mancanza di attenzione, potrebbe dar luogo ad error di diagnosi.

Abbiamo veduto che il cancro dello stomaco altera sin dallo sviluppo la costituzione; in fatti gli ammalati dimagrano tanto più sollecitamente in quanto che alla influenza esercitata dalla diatesi cancerigna si unisce quella che risulta dalla imperfezione delle digestioni, le quali finiscono per non aver più luogo. Allora gli ammalati si consumano prontamente; periscono senza la febbre e nell'ultimo grado di marasmo, presentando tutti i segni della cachessia cancerigna.

La malattia, il cui corso è quasi sempre continuo, à una durata che varia da alcuni giorni sino a molti anni. La maggior parte periscono alla fine di quindici a diciotto mesi. Si sono veduti di quelli che ànno menato innanzi la loro penosa esistenza per lo spazio di tre e quattro anni, mentre in altri la malattia à seguito un corso sì rapido che la morte à avuto luogo alla fine di sei settimane, ed anche di venticinque o trenta giorni, siccome Dumas ne à osservato un esempio. In generale, la consumazione è più rapida e la morte più pronta quando il cancro occupa il piloro e specialmente il cardia, anzichè quando invade solamente il grand' arco o una delle facce dell'organo, perchè gli alimenti potendo arrivare allora nello stomaco ed uscirne, la nutrizione non è perfettamente impedita. Avvi pure certe circostanze che accelerano l'esito funesto; quindi alcuni ammalati periscono dietro una ematemesi; ne abbiamo veduti altri perire in poco tempo perchè una comunicazione si era stabilita tra lo stomaco ed il colon trasverso. La rapidità della morte spiegasi in questo caso per la diarrea colliquativa che si stabilisce, e specialmente perchè gli alimenti sono restituiti anche prima della chimificazione. La comunicazione dello stomaco collo esterno, col peritoneo, colla pleura ed i polmoni, è anche una causa che può accelerare l'esito fatale. Si veggono pure negli ultimi tempi le membra inferiori infiltrarsi ed un versamento sieroso stabilirsi nel ventre; ciò spiega spessissimo e la compressione delle vene ed il loro ingorgo per la materia cancerigna, siccome lo abbiamo precedentemente stabilito.

Diagnosi. — Il cancro dello stomaco non avendo segno patognomonico, i suoi sintomi essendo variabilissimi, non aggruppandosi sempre tra loro nello stesso modo, molti potendo completamente mancare, tutti senza eccezione potendosi osservare in alcune altre malattie, ne siegue che la diagnosi è qualche vol-

ta incertissima. Pur tuttavia esistono due sintomi i quali, senza essere assolutamente patognomonici, hanno però un grandissimo valore; intendo parlare de' vomiti neri e del tumore epigastrico. In fatti, comunque la materia nera, simile alla fuligine sciolta nell'acqua o la posa da caffè, siano state osservate nel corso di alcune gastriti croniche accompagnate o pur no da ulcerazioni, ed anche nel corso di malattie estranee allo stomaco, come certe affezioni del fegato, della milza o del peritoneo, non è meno certo che questi fatti, de' quali alcuni sono stati rapportati dal Chardel e dal Signor Andral, sono eccessivamente rari, e non saprebbero distogliere dal considerare i vomiti di cui è parola come un segno quasi certo di cancro dello stomaco, quando specialmente sono stati preceduti per un tempo più o meno lungo da difficoltà nelle digestioni, da anoressia e da dimagrimento. Il tumore epigastrico non è meno di valore; pur tutta via a torto è stato considerato come un segno certo di cancro. Per esser così, bisognerebbe che nessun'altra causa fosse capace di produrre il tumore all'epigastrio. Or così non essendo, perchè indipendentemente dalle ernie della linea bianca, si osservano spesso tumori formati dal fegato, dalla vescichetta biliare, dal pancreas e dalle materie fecali accumulate nel colon trasverso. Però con poca attenzione, si giungerà a distinguere questi differenti tumori. Quindi un'ernia della linea mediana, formata dallo stomaco, è piccola, molle, sonora sotto la pressione, ordinariamente riducibile; si può distinguere l'orificio che ha permesso il passaggio. Torna pur anche più importante conoscere la natura di questo tumore in quanto che può accompagnarsi a vomiti ostinati e ad un tale deperimento da far credere la esistenza di una lesione organica. Un tumore del fegato si distingue da un tumore dello stomaco per la sua estensione, la sua direzione, e perchè è ordinariamente circoscritto da un bordo protuberante ed a taglio, e che altra cosa non è che il bordo del fegato. Si comprende pure di quanta utilità possa essere la percussione in simile caso, permettendo di limitare esattamente il fegato e designarne la forma. Lo stesso avrà luogo per conoscere un tumore dipendente dallo accumulo de' calcoli nella vescichetta biliare; questo, ineguale e matto come quello che formerebbe il piloro indurato, è situato più a destra; esso è poco o niente mobile, non produce dolore, e comunemente niun disturbo funzionale. Il tumore formato da un ammasso di materie fecali nel colon trasverso, è ineguale, duro, può qualche volta essere infranto, separato e cambiato di luogo mediante la pressione; oltre a che sparisce spesso da un giorno all'altro, ed un purgante basta per liberarne gli ammalati. Non è poi così facil cosa distinguere un tumore scirroso del pancreas; ci spiegheremo meglio in prosieguo su di ciò. Un aneurisma del-

L'aorta al livello del tronco celiaco non sarà confuso con un cancro dello stomaco, perchè esistono battiti energici con movimento di espansione nel tumore e diversi rumori morbosi nel suo interno, rumori i quali sono permanenti; mentre che d'ordinario è possibile, modificando la posizione, inclinando il tronco a destra ed a sinistra, di far cessare il soffio che esiste qualche volta al livello de' tumori cancerigni dello stomaco che comprimono l'aorta.

Certe nevrosi quando specialmente si caratterizzano per vomiti o per dispepsia, possono simulare il cancro dello stomaco; vedremo però in prosieguo che posto mente al loro modo di sviluppo, al loro corso ed a' sintomi concomitanti, si potrà quasi sempre determinare la vera natura della malattia.

La gastrite cronica abbiamo detto, si avvicina molto per i suoi sintomi al cancro dello stomaco, a segno che spesso torna difficile distinguere queste malattie l'una dall'altra, almeno allo sviluppo. Però, nella gastrite, il deperimento è meno rapido; non si osserva affatto la tinta propria della diatesi cancerigna; non vi sono quasi mai vomiti neri e nè anche vomiti vischiosi; gli alimenti presi da molti giorni non vengono mai restituiti; i vomiti sono più frequenti, e qualche volta avvi febbre; oltre a che, qualunque sia la durata della malattia, non si osserva mai tumore allo epigastrio, in fine si avrà riguardo agli antecedenti degl'individui: così possi stabilire in modo generale che, ogni qual volta un individuo passati i quarant'anni si depauperà e prova da molti mesi difficoltà di digerire, o inappetenza completa con rutti acidi, rigurgiti di viscidume, vi sarà molta ragione a temere piuttosto la esistenza di uno scirro che comincia dallo stomaco anzichè una gastrite. Però torna difficilissimo poter distinguere il carcinoma dall'ulcera semplice; però la cardialgia, i dolori vivi che hanno sede verso l'appendice e che riverberano nel dorso, lo sputo di sangue per la bocca che si ripete di tempo in tempo, potranno portare a pensare, quando gli altri segni del cancro mancano, che lo stomaco è la sede di una semplice ulcerazione.

Conosciuto il cancro, è possibile qualche volta poter stabilire quale sia la porzione dello stomaco che è invaso. Così quando l'alterazione occupa il piloro si distingue un tumore epigastrico. Se l'orificio è ristretto, siccome accade quasi sempre, i vomiti hanno luogo molto tempo dopo il pranzo, ed in questo caso specialmente i cibi sono espulsi qualche volta molti giorni dopo. In questo caso, lo stomaco è molto dilatato: quindi colla percussione del ventre si stabilisce un rumore di *gluglu* prodotto dallo agitamento e dal miscuglio de' liquidi e de' gas contenuti nel viscere. Si comprende che quando lo stomaco contiene una grande quantità di fluido, la percussione può fornire al-

cune indicazioni utili. Se i vomiti hanno luogo, per lo contrario, subito dopo il pranzo, o pure se gli alimenti sono rigettati prima di essere penetrati nello stomaco, ed eccitano un senso d'incomodo, di peso, di soffogazione alla parte superiore dello epigastrio, bisognerà credere allora che il cancro occupa il cardia e che questo orificio è molto ristretto.

Pronostico. — Il cancro dello stomaco è una malattia sempre mortale.

Etiologia. — Più frequente nell'uomo che nella donna, secondo il Signor Chardel, il cancro dello stomaco è rarissimo prima della pubertà e sino a trent'anni. Questa malattia è spesso ereditaria; le emozioni morali triste, i dispiaceri prolungati, sono le cause la cui azione è meglio dimostrata. Il cancro dello stomaco è del pari frequente nella classe povera come nella classe ricca. Il temperamento linfatico, le professioni le quali, come quelle de' sarti, de' scarpari, sono state credute come predisponenti più particolarmente perchè forzano coloro che le esercitano ad aver sempre il tronco inclinato in avanti, il cattivo regime, un alimento grossolano, specialmente la ubriachezza, e l'uso de' liquori spiritosi a stomaco digiuno; però l'azione di ciascuna di queste cause non è dimostrata. Il cancro dello stomaco si sviluppa sempre in modo oscuro e senza lo intervento di alcuna causa manifesta: oltre a che di qualunque natura questa possa essere, è impotente per poter originare la malattia, purchè però lo individuo non ne porti già il germe o la predisposizione.

Cura. — Fa d'uopo sottoporre gli ammalati ad un regime severo; si proibiranno tutti i liquori spiritosi, che in generale eccitano dolori e rutti acidi. La dieta lattea è vantaggiosa a molti ammalati. Se esistono acidità bisognerà troncargli il latte con un quarto o un quinto di acqua di Vichy naturale. Convien sapere che molti stomaci, i quali sembrano non sopportare il latte, lo digeriscono però se si varia il modo di amministrarlo o se si sottopone il liquido a certi cambiamenti: quindi alcuni digeriscono soltanto il latte freddo o ghiacciato; altri il latte caldo; questi lo prendono puro, mentre a quelli torna utile misto a qualche bevanda debolmente aromatica, come una infusione di foglie di arancio o di camomilla. Quando sarà permesso, bisognerà pure prescrivere agli ammalati il bollito e le minestre grasse. Si applicherà un esutorio allo epigastrio; si manterrà il ventre lubrico mediante i clisteri; se esistono dolori vivi si solleciterà l'amministrazione di una piccola quantità di oppio. Contro i vomiti ostinati, si prescrivono le bevande gassose ed il ghiaccio. Si vede chiaramente che altro non si può opporre contro il cancro dello stomaco meno che palliativi: i fondenti come il sapone, l'acqua di Vichy, la cicuta, il ca-

lomelano, non hanno mai guarito alcuno. Queste preparazioni possono amministrarsi per appagare il morale degli ammalati ed accostumarli alla pazienza, ma non si deve sperare mai la guarigione, nè con questi medicamenti che con altro sin ora conosciuto.

DEL CANCRO DEGL' INTESTINI

Il cancro colpisce più di rado gl'intestini dello stomaco; risulta in fatti, dalla statistica del Signor Tanchou che il cancro intestinale forma appena il decimo de' cancri che colpiscono lo stomaco. L'alterazione di cui trattasi si mostra pure inegualmente nelle diverse porzioni del tubo intestinale. E' perfettamente stabilito che il caucro è rarissimo nel digiuno e nell'ileo, lo è un poco meno nel duodeno; però questa porzione dello intestino non è mai colpito primitivamente; in fatti il più delle volte il cancro del duodeno non è che la propagazione di quello della region pilorica dello stomaco. L'intestino crasso è per lo meno quattro volte più spesso colpito da degenerazion cancerigna di quello lo è lo intestino gracile; però l'alterazione non è comunissima nelle diverse porzioni del colon, eccetto per la S iliaca, la quale è per se sola così spesso colpita da cancro quanto tutte le altre porzioni riunite del colon. L'alterazione di cui è parola si mostra anche più frequentemente nel cieco, e più ancora nel retto, il quale, dopo lo stomaco, è la parte del tubo digestivo più frequentemente invasa dalla degenerazione scirroso. Numerosi fatti hanno pur provato che la malattia colpiva in preferenza i due estremi opposti di questo intestino e forse più lo estremo superiore.

Anatomia patologica. — Pel cancro dello intestino si può applicare tutto ciò che abbiamo detto del cancro dello stomaco. I caratteri anatomici sono assolutamente gli stessi ne' due casi. La degenerazione occupa una estensione variabilissima in lunghezza; può invadere ancora tutta la circonferenza o occuparne soltanto una parte, specialmente al suo sviluppo; tale è il cancro del retto, il quale si presenta spesso al principio sotto forma di una piastra circoscritta, e che offre la durezza delle cartilagini; altre volte il cancro sviluppa con tubercoli isolati de' quali alcuni sono pedunculati. Quando l'alterazione è generale, ed invade lo intestino in una grande estensione, questo si presenta come un tubo duro, solido, privo di elasticità ed incapace di contrarsi. Il calibro dello intestino canceroso è sempre più o meno diminuito; può esserlo a tal segno da permettere appena la introduzione di un sottilissimo stiletto. Le pareti intestinali hanno allora acquistato una considerabile spessezza. Rischio le à vedute avere

una volta sino a 6 centimetri. Qualunque sia la sede del cancro, la porzione dello intestino situata al di sopra del male è sempre più o meno dilatata in ragione dello accumulo de' gas o delle materie fecali; per lo contrario, la porzione collocata al di sotto è più o meno ristretta. Se esistono due cancri anulari a poca distanza l'uno dall'altro, disposizione non rara nel retto, si osserva pure un dilatamento considerabile della porzione intermedia che è sana, perchè le materie fecali che vi pervengono escono difficilmente, e vi si accumulano come in una specie di serbatoio. Il distendimento di questa saccoccia e della porzione d'intestino situata al di sopra dell'alterazione può essere portata al punto da produrre la lacerazione del cancro se questo è ammolito: questo accidente è tosto seguito da un versamento di materie fecali nel ventre. Però la comunicazione dello intestino col peritoneo, col tessuto cellulare o con un organo vicino si stabilisce quasi sempre in seguito della ulcerazione del prodotto morboso. Questo invade spesso le parti vicine; quindi è che il cancro del retto si propaga qualche volta alla vescica nell'uomo, alla vagina nella donna. Altre volte si veggono le anse intestinali semplicemente accollate colle pareti cancerigne, contrarre dapprima aderenza con queste in seguito di una peritonite locale, poi essere invase a lor tempo dalla degenerazione cancerigna: così è che vedesi qualche volta una insolita comunicazione stabilirsi tra due punti lontani del tubo digestivo, per esempio tra il duodeno ed il colon.

Sintomi, corso. — Se il cancro è poco esteso e se non è diminuito di molto il calibro dello intestino, potrà passare inosservato e non produrrà alcun disturbo; quindi è veduto molte volte nello sparo de' cadaveri una degenerazione scirroso dello intestino gracile e del crasso, che aveva molti centimetri di lunghezza, negl'individui morti per diverse malattie, e che per anco non avevano presentato alcun disturbo notabile degli organi digestivi. Però nella maggior parte de' casi, il cancro intestinale trae seco diversi accidenti locali; quindi se l'alterazione occupa il duodeno, si osservano quasi tutti i sintomi locali che appartengono al cancro dello stomaco. Se poi è lo intestino gracile quello che è affetto, gli ammalati anno delle alternative di diarrea e di costipazione; essi si lagnano di coliche; anno un dolore più o meno fisso, e col tatto dello addome, si scorge spesso un tumore duro, scabroso, doloroso, matto sotto la percussione e più o meno mobile. Se il cancro à sede nel retto, spesso si può conoscere la esistenza mediante il tatto; gli ammalati provano la difficoltà nell'andar del corpo, e soltanto dopo sforzi inauditi, emettono delle materie a fettuccia, siccome lo abbiamo esposto antecedentemente. Le fecce sono spesso tinte di sangue; questo liquido scorre qual-

che volta con abbondanza nello intervallo degli scarichi ventrali. Il più delle volte invece di sangue puro, gli ammalati rendono in modo continuo una materia puriforme, saniosa fetida, il che li costringe a guarnirsi di panni. Qualunque sia la sede del cancro, se questo restringe sensibilmente il calibro dello intestino, vedranno tutti i segni che osservansi quando esiste un ostacolo al corso delle materie fecali, e se la chiusura si fa completa, si manifesteranno tutti i sintomi dell' ileo.

Accade però qualche volta che i disturbi i quali indicano un restringimento dello intestino spariscono: quindi il ventre, dapprima meteorizzato, si abbassa, ed alla costipazione succede la diarrea. Questo effetto à luogo tutte le volte che il cancro, ammolendosi o ulcerandosi, permette allo intestino di riprendere al livello delle parti ammalate il suo calibro primitivo, e qualche volta le dimensioni anche maggiori. Spesso la scomparsa o la diminuzione degli accidenti nasce dal perchè una insolita comunicazione si è stabilita tra lo intestino ammalato ed una porzione sana del tubo intestinale. Quando un cancro della parte inferiore del retto si ammolisce, esiste un gemito sanioso abituale misto a detritus cancerigno, ma avvi pure incontinenza delle materie fecali. Molti ammalati provano in questo caso un senso di ben essere e si dicono sollevati; in questi casi però la loro malattia è pervenuta in realtà ad un periodo più avanzato: il dimagrimento, il marasma, e tutti i segni della cachessia cancerigna fanno progressi più rapidi di prima, e la morte non tarda ad aver luogo.

La morte è l'esito costante del cancro intestinale. Tra gli ammalati, certi periscono lentamente e per i progressi della cachessia cancerigna, altri muoiono co' sintomi della chiusura intestinale, in fine avviene di quelli che muoiono per una peritonite prodotta ora dalla sola presenza del cancro, ora consecutiva al perforamento o alla rottura dell'ansa intestinale.

Diagnosi. — Nulla può far distinguere il cancro del duodeno da quello che affetta la porzion pilorica dello stomaco. Il cancro dell' ileo e del digiuno, quello del cieco e del colon, sono pure molte volte sconosciuti, quando non determinano un manifesto tumore. Però le alternative di costipazione e di diarrea, i segni di un ostacolo al corso delle materie intestinali, manifeste specialmente per mezzo di un permanente meteorismo, il quale è tanto più generale e più intenso in quanto l'alterazione occupa un punto dello intestino più vicino al retto, sono già segni che debbono chiamare l'attenzione del medico. Se in oltre lo ammalato si dimagra, si depaupera, senza che alcuna manifesta lesione spieghi questi disturbi della nutrizione; in fine se lo individuo è giunto a questo periodo della vita in cui le malattie carcinomatose si manifestano, bisognerà sospettare

questa degenerazione in un punto del tubo intestinale. La diagnosi acquisterà un punto di probabilità maggiore quando si osserva la esistenza di un tumore matto, duro, bernocoluto, più o meno doloroso. In fatti non si potrà credere ad un ammasso di materie fecali, perchè, in questi casi, si potrebbe dividere o almeno far camminare il tumore mediante la pressione; oltre a chè questo si sposta di per se stesso, e dopo qualche tempo non si trova più nello stesso punto; l'uso di un purgante basta per farlo scomparire; in fine aggiungiamo che noti coincide con i segni di dimagrimento che esistono ne' casi di cancro. La diagnosi può essere stabilita in modo affatto certo, quando il cancro, occupando il retto, produce un gemitio abituale sanguinolento, e quando si può toccare mediante il dito indice. Bisogna però sapere che le infiammazioni croniche della parte inferiore del retto e che gl' induramenti di natura venerea simulano qualche volta sino a confondersi con un cancro di questa parte, e danno luogo spesso ad errori pericolosissimi. Quest' induramenti, che si manifestano comunemente dopo le emorroidi, gli ascessi stercorali, lo ezema cronico ec, possono presentare la maggior parte delle apparenze dello scirro. Però i tessuti semplicemente infiammati non ànno la durezza dello scirro; la pressione è meno dolorosa; vi sono de' momenti di calma e di esacerbazione più distinti che nel cancro. In quanto agli induramenti venerei, si avrà riguardo a' commemorativi ed a' sintomi concomitanti. Però la somiglianza colla degenerazione scirrosa è qualche volta talmente toccante, che bisogna ricorrere alla cura mercuriale per poter acquistar lumi sulla natura della malattia.

Etiologia. — Il cancro intestinale sembra essere più frequente nell' uomo che nella donna; dopo i quarant' anni la malattia è più comune. Le cause predisponenti e determinanti sono pure ignorate quanto quelle del cancro dello stomaco. Tutto ciò che si è detto della influenza che eserciterebbe la enterite, il cattivo regime, gli eccessi, la costipazione, la sodomia, non è affatto dimostrata.

Cura. — La cura del cancro intestinale è puramente palliativa. A qualunque altezza esso abbia sede, bisogna consigliare allo ammalato di nutrirsi di alimenti poco escrementizi. Se occupa il retto, si cercherà a dilatarlo con tutti i mezzi proposti precedentemente.

DEL CANCRO DEL PANCREAS

Il cancro del pancreas è una malattia rarissima e però sconosciuta ne' suoi sintomi, come lo sono pure tutte le malattie di questo viscere.

Il cancro del pancreas si presenta il più delle volte sotto forma di scirro, più di rado sotto quella di encefaloide; può ammolliersi, ulcerarsi e produrre consecutivamente la disorganizzazione de' visceri vicini. Tutti gli autori che si sono occupati della patologia del pancreas sono di accordo per dire che le lesioni organiche di questo viscere sono di difficilissima diagnosi, e più spesso, appena supposte durante lo sparo de' cadaveri.

Tutti quelli che soffrono un cancro del pancreas provano alcuni disturbi nelle funzioni digestive: quindi quasi tutti anno rutti di materie mucose, biancastre, più o meno analoghe alla saliva; spesso esistono acidità che determinano un senso di scottatura lungo lo esofago e la gola; più tardi sono vomiti acquosi, biliosi, alimentizi, che in generale sono sì ostinati quanto quelli che dipendono dal cancro dello stomaco. Questi sintomi sono quasi sempre puramente simpatici, ma qualche volta sono prodotti dalla compressione che il pancreas esercita sulla porzion pilorica dello stomaco o sul duodeno; i vomiti biliosi si osservano specialmente quando la compressione spiegando la sua azione sul duodeno, la bile non può rifluire liberamente nello intestino gracile. Esiste sempre o costipazione o diarrea; secondo Bright, una parte delle materie evacuate sarebbe formata da una materia vischiosa di una tinta giallastra e che esala un gran fetore. Questa materia, che Bostock ha analizzata, è considerata come adipociro; essa è spesso mista alle fecce, ma si separa prontamente: nuota allora e galleggia alla superficie, nello stesso modo de' globetti di sego coagulati, o pure forma una crosta densa, specialmente su i bordi del vaso; in fine può costituire una pellicola sottile che avvolge tutta la massa. Secondo Bright, questo sintomo indicherebbe una simultanea alterazione del pancreas e del duodeno. Questa opinione che poggia su tre fatti, merita di essere considerata, ma à bisogno di essere verificata.

Gli ammalati colpiti da un cancro del pancreas provano un dolore più o meno vivo, che alcuni dicono aver sede all'epigastrio, altri all'ombelico, agl'ipocondri o anche nel dorso. Esplorando accuratamente il ventre, si osserva spesso tra l'epigastrio e l'ombelico un tumore profondo, poco mobile, generalmente scabroso, matto, e qualche volta sollevato da' battiti dell'aorta. Esso è la sede di dolori vivi, e qualche volta di un semplice senso di peso.

La salivazione si considera spesso come un fenomeno frequente nelle malattie organiche del pancreas; questo ptialismo può addivenire eccessivo: quindi G. P. Frank parla di un individuo il quale, morto per uno scirro del pancreas che lo aveva ridotto al marasmo, rigellava in ciascun giorno 3 chilogrammi di saliva. La itterizia è un sintomo meno frequente del precedente, senza però essere raro; si osserva specialmente nei casi in cui il pancreas scirroso comprime il canale coledoco ed impedisce la bile di fluire nello intestino.

Il cancro del pancreas esercita sempre una pericolosa influenza sulla nutrizione: quindi gli ammalati, che dimagrano sin dallo sviluppo, arrivano più o meno rapidamente all'ultimo grado del marasmo.

In riassunto, i fenomeni che dovrebbero più specialmente fissare l'attenzione sono i disturbi digestivi, specialmente i vomiti acquosi, il ptialismo, la diarrea, la emaciazione progressiva, sintomi che coincidono colla comparsa di un tumore duro nel punto ove esiste il pancreas. Questo tumore, per la sua sede e la sua forma, non può mai confondersi con una protuberanza del fegato. Sembra che potrebbe distinguersi da un tumore del piloro per la sua posizione più profonda; però questo carattere non è un gran valore; oltre a che, quando la testa del pancreas si applica al piloro e lo restringe, non avvi alcun mezzo di precisare il punto di partenza del tumore; in questi casi, attesa la rarità delle malattie del pancreas e la frequenza delle malattie organiche del piloro, si potrebbe credere piuttosto alla esistenza di queste che delle prime, e ciò con tanto più di ragione in quanto che la compressione del piloro pel tumore del pancreas produce de' vomiti ostinati ed il dilatamento dello stomaco esattamente come se il restringimento dipendesse dalla trasformazione sciorrosa delle pareti gastriche. Però la mancanza degli altri sintomi propri del cancro dello stomaco, e specialmente de' vomiti neri, dall'altra parte il ptialismo e le deiezioni salivari e oleose potrebbero forse autorizzare ad azzardare un giudizio sulla sede della malattia. Però poco importa di dare alla diagnosi questo grado di precisione; perchè qualunque sia il punto di partenza del cancro, che affetti il pancreas, lo stomaco o il duodeno, lo ammalato non è meno soggetto ad una inevitabile morte.

Lo incarico del medico si limita a praticare una medicina puramente palliativa. L'oppio converrà tanto per calmare i dolori, quanto per moderare la diarrea; le bevande gassose ed il ghiaccio saranno impiegate contro i vomiti. In quanto al ptialismo, cade dubbio se debbasi impiegare contro di esso cosa alcuna. In simile caso bisognerebbe mettere in pratica l'uso dei collutori astringenti ed i rivellenti cutanei, specialmente i bagni di vapore, purchè però lo ammalato non fosse troppo debole.

DEL CANCRO DEL FEGATO

Il cancro del fegato è quasi tanto comune quanto quello dello stomaco. È una delle alterazioni croniche del fegato che osserviamo spessissimo nel nostro clima.

Anatomia patologica. — Lo scirro e lo encefaloide sono a poco presso le due sole forme di cancro che osservansi nel fegato; la seconda è la più comune. Il cancro del fegato può invadere intieramente ed uniformemente una porzione più o meno considerabile dell'organo, come un lobo, o pure esistere sotto forma di molteplici tumori. Quest'ultimo caso è il più comune; alcuni fatti ci portano pure a pensare che il cancro del fegato esiste sempre allo sviluppo in masse distinte, isolate, le quali aumentandosi, si convergono finalmente le une verso le altre e si confondono. Quando s'incide il fegato a questo livello, non esiste più alcuna vestigia del tessuto proprio dell'organo, ma invece si trova un tessuto bianco o grigiastro che sericchiola sotto lo scalpello, o pure una materia molle, rossastra, solcata da vasi, e nella quale si formano qualche volta i focolari apoplettici.

Quando il cancro esiste sotto forma di masse disseminate, queste sono qualche volta sparse uniformemente in tutta l'estensione del fegato; quando occupano un sol lobo, è quasi sempre il destro; hanno sede con preferenza alla superficie dell'organo, piuttosto verso la sua faccia convessa anziché al lato opposto; le più voluminose si osservano ordinariamente, secondo il Signor Cruveilhier, al livello del ligamento sospensore. Queste masse possono non oltrepassare la superficie dell'organo, o pure formano un rilievo di alcuni millimetri, e si confondono, per la loro tinta grigiastra, biancastra o rossastra, col colorito del tessuto epatico. Molti di questi tumori sono colorati a verde o a giallo dalla bile; alcuni sono depressi nel loro centro a forma di ciotola; possono essere duri o ammoliti in parte o in tutto. La loro grossezza varia dallo stato miliare sino al volume di una testa di feto; quasi tutti sono grossi come una noce o una mandorla. Il loro numero non è meno variabile; se ne contano qualche volta dodici o quindici; spesso ve ne sono più di cinquanta, più di cento, o pure una o molte migliaia; il loro numero è sempre in ragione inversa del loro volume. In quanto alla loro consistenza, gli uni sono più duri del parenchima epatico; gli altri sono ammoliti e si riducono pure in una poppa rossastra sotto la menoma pressione. Nel loro intervallo, il parenchima del fegato è sano, il tessuto che lo circonda immediatamente sembra solamente compresso, qualche

volla manifestamente atrofiato; ora è scolorato, ora iniettato; qualche volta è la sede di uno stravaso sanguigno. Le masse scirrosee sono in generale facili a convertirsi in nuclei; non sembrano avere alcuna unione vascolare coll' epate; non li abbiamo mai trovati chiusi in una cisti. Chiaro risulta che questi tumori sono formati da un semplice deposito di materia cancerigna nel mezzo del fegato, ed affatto da una trasformazione di tessuto. Questa materia comincia con piccoli punti biancastri o grigiastri. Il Signor Andral à pure supposto che le masse cancerigne potevano avere per punto di partenza un versamento sanguigno, il quale, dopo essersi coagulato ne' tessuti, va soggetto a diverse trasformazioni. Senza negare la possibilità di questo fatto, lo crediamo molto raro.

In generale, il fegato colpito dal cancro è più o meno alterato nel suo volume: questo è quasi sempre aumentato, in alcuni casi però è minore, e l'organo subisce qualche volta una atrofia considerabile. Quando il cancro si è sviluppato nella vicinanza delle vie biliari, i condotti escretori della bile sono di sovente chiusi, come pure alcuni tronchi venosi, sia della vena porta, sia delle vene epatiche, le quali sono ostruite dalla materia encefaloide.

Nella maggior parte di coloro che periscono con un cancro del fegato, si trova una lesione della stessa natura nello stomaco; questa si è quasi sempre sviluppata la prima. Più d'ordinario si trova un versamento ascitico più o meno considerabile; spesso avvi ancora aderenze parziali o generali tra il fegato e le pareti addominali; ciò à luogo quando le masse cancerigne arrivando alla superficie infiammano il peritoneo.

Sintomi, corso. — Niente è più variabile quauto i disturbi locali e generali prodotti dallo sviluppo delle masse cancerigne nell' epate; però ecco quelli che si osservano nel maggior numero de' casi. Gl' individui perdono l' appetito, la loro digestione è stentata, accompagnata da uno sviluppo considerabile di gas; avvi un senso di mal' essere, di peso allo epigastrio; qualche volta gli ammalati si lagnano di dolori violenti in questa regione o all' ipocondrio. Quasi tutti sono oppressi, dimagrano presto; alcuni sono colpiti da itterizia che può presentare le alternative senza però cessare completamente. L' epate essendo quasi sempre aumentato di volume, nello ipocondrio si sente un tumore, spesso ineguale e scabroso. Non offre sempre la stessa consistenza: quindi ora à una consistenza grandissima, e quando si percuote offre una grande resistenza al dito; altre volte è elastico, renitente: in fine può essere affatto molle, ed anche fluttuante, il che induce spesso in errore sulla natura della malattia. Quando la superficie del fegato è scabrosa per effetto della protuberanza formata dalle masse cancerigne che ivi

sono disseminate, queste ineguaglianze sono avvertite benissimo a traverso la parete addominale, e si conosce spesso che non anno tutte la stessa consistenza: quindi avviene di quelle che sono durissime ed acuminate, altre sono molli e si lasciano comprimere dal dito. Nella maggior parte di coloro di cui è parola, si osserva presto o tardi un versamento ascitico la cui formazione spiegasi per la compressione che l'epate, fatto più voluminoso, esercita sulle veue, e per la ostruzione di questi vasi prodotta dalla materia cancerigna.

Il cancro del fegato modifica prontamente la nutrizione: quindi gli ammalati perdono sin dallo sviluppo alcun poco del loro grasso come anche le loro forze: questi sintomi precedono spesso per lungo tempo i dolori ed i disturbi digestivi. Questi sono tanto più numerosi e più gravi in quanto la malattia è più avanzata: così giunge un'epoca ove l'appetito è affatto perduto; nello stesso tempo gli ammalati sono tormentati da vomiti che ripetono spesso e sono indeboliti da una diarrea colliquativa che si resiste a tutti i rimedi. Quasi tutti si lagnano di oppressione, di soffogazione, e molti anno le palpitazioni. Questi accidenti notati specialmente da' signori Heyfelder e Cruveilhier, spiegansi specialmente per l'ostacolo che reca alla respirazione, il fegato aumentato di volume e che risale molto in alto nello interno del petto. I vomiti quasi sempre simpatici, possono anche spiegarsi meccanicamente per la compressione che il fegato voluminoso esercita sullo stomaco e sul duodeno. Abbiamo veduto in caso di sintomi d'ileo risultare dalla compressione che una massa encefaloide del fegato esercitava sul punto di unione del colon ascendente e trasverso: la stessa itterizia dipende quasi sempre da un ostacolo nel corso della bile. Finaluente le gastrorragie e le enterorragie, che raramente si osservano, si spiegano per l'ostacolo che la circolazione prova nella vena porta e consecutivamente ne' vasi che la formano. Non abbiamo mai conosciuto che gl'individui colpiti da cancro del fegato, nè da qualunque altra malattia di questo viscere, come ipertrofia o scirrosi fossero più soggetti degli altri alle emorroidi. Il cancro del fegato à un corso sempre ascendente, e termina costantemente in modo funesto. Nella impossibilità in cui siamo di poter fissare lo sviluppo della malattia, non si saprebbe determinarne la durata, però sembra essere compresa negli stessi limiti del cancro dello stomaco.

Diagnosi. — Il Signor Heyfelder à detto ragionevolmente che non potevasi diagnosticare un cancro del fegato che per quanto l'organo aveva subito un aumento di volume, perchè soltanto allora si possono sentire i tumori ineguali di cui abbiamo parlato. Questi tumori si distinguono da quelli che si osservano in alcuni casi d'ipertrofia e di scirrosi per la differente

sensazione che offrono al tatto. In fatti gli uni sono duri, mentre gli altri sono molli e comprensibili: molti sono pure depressi nel centro, disposizione che non trovasi affatto in quelli coi quali li paragoniamo. Quando il cancro esiste in massa, si potrebbe credere una ipertrofia del fegato o la esistenza di un cistico; però il cancro si distinguerà dalla ipertrofia in quanto che esso cambia più o meno la figura dell'organo, mentre che in quest'ultima la forma del fegato è rispettata. Oltre a che, la consistenza nel primo caso è pur considerabile o minore, e spesso palpando accuratamente, si conoscono diversi gradi di resistenza; quindi mentre che in un punto si sente sotto il tatto o la percussione una estrema durezza, in un punto vicino esiste mollezza ed anche fluttuazione; ciò spiega come in alcuni casi un encefaloide ammolito è stato preso per un ascesso. Un tale errore sarà impossibile quando l'ascesso succede ad una epatite acuta: ma quando lo ascesso si sviluppa lentamente, e quando è preceduto da gravi disturbi per parte della digestione e della nutrizione che osservansi nella epatite cronica, crediamo essere molto imbarazzato. Però in tal caso, vista la frequenza degli encefaloidi e la rarità della epatite cronica nel nostro clima, si prepondererà piuttosto verso la prima di queste malattie anzichè verso la seconda. La mancanza del colorito giallo di paglia potrebbe, in alcuni casi, aumentare i dubbi, perchè in molti cancri, questo colorito è mascherato da quello della itterizia, la quale una volta manifestata, rimane quasi permanente.

Pronostico. — Torna superfluo dire che il cancro del fegato è incurabile.

Etiologia. — S'ignorano affatto le cause speciali che determinano la diatesi cancerigna a sviluppare la sua azione sul fegato; tutto ciò che si sa a questo riguardo, si è che l'alterazione è molto più comune negli uomini che nelle donne, e che rara prima de' quarant'anni, colpisce specialmente gl'individui compresi tra quaranta e settant'anni. Il cancro del fegato, che in alcuni casi è primitivo, si sviluppa, nella maggior parte degl'individui, consecutivamente ad un altro cancro esterno o viscerale: quindi ognun sa quanto sia cosa comune trovare delle masse cancerigne nel fegato in coloro che sono morti per un carcinoma dello stomaco.

Cura. — La medicina è palliativa anche in questo caso.

DEL CANCRO DELLE VIE BILIARI

Non dobbiamo affatto parlare de' numerosi casi in cui le vie biliari sono invase dal cancro del fegato, ma solo di quelli dove l'affezione colpisce primitivamente la vescichetta del fiele o i condotti escretori della bile, senza che la struttura del fegato sia in alcun modo alterata. I fatti di questo genere sono stati rapportati specialmente dal Signor Craveilhier nella sua *Anatomie pathologique* e dal dottore Durand-Fardel in un lavoro inserito ne' numeri di giugno 1840 ed aprile 1841 degli *Archives générales de médecine*. Il cancro può presentarsi nella vescichetta sotto la forma dello scirro, dello encefaloide o della materia colloide. Questa è ordinariamente contenuta nella vescichetta, alla faccia interna nella quale sembra aver vegetato. Il cancro della vescichetta biliare è osservabile in quanto che, nella generalità de' casi, sembra estendersi alla porzione corrispondente dal colon, dopo essere stato dapprima aderente a questo intestino. La vescichetta contiene spesso de' calcoli nel suo interno.

Nulla si conosce ancora di preciso sulla sintomatologia del cancro della vescichetta biliare: negli ammalati che hanno presentato quest'alterazione, si è notato specilmente dolori più o meno vivi verso le ipocondrio destro, dove esisteva un tumore circoscritto periforme, più o meno scabroso; vi era anoressia, vomiti, diarrea, depauperamento, in fine si vedeva qualche volta una itterizia più o meno intensa.

I sintomi precedenti non offrono niente di ben caratteristico; però la esistenza di un tumore circoscritto nella regione occupata dalla vescichetta, e la mancanza di aumento di volume o di deformazione distinti dello stesso fegato, se non sono segni certi che il cancro è limitato al serbatoio della bile, debbono almeno portare a supporlo. Oltre a che importa poco per lo ammalato di dare di simile precisione alla diagnosi, perchè il cancro della vescica è una malattia così necessariamente mortale quanto il cancro del fegato; forse a un corso meno rapido di questa, e permette allo ammalato di vivere un poco di tempo maggiore.

DEL CANCRO DE' RENI

I reni sono molto meno affetti dal cancro che il fegato ed il tubo digestivo. La degenerazione encefaloide è la forma che vi si osserva più frequentemente; lo scirro è rarissimo. L'alterazione sviluppa quasi sempre nella sostanza corticale, e può estendersi in seguito alla sostanza tubulare. Il più delle volte sono delle masse encefaloidi disseminate tra le quali il tessuto renale e ora sano, ora più o meno iniettato. Il rene può conservare le sue dimensioni; in quest'ultimo caso la sua superficie è ineguale e disseminata da un gran numero di scabrosità, il cui volume varia da quello di un granello di miglio sino a quello di un uovo di gallina; in generale sono irregolarmente disseminate. Quando i reni sono intieramente invasi, non presentano più alcun segno della loro primiera organizzazione; informi, bernocoluti, sono in parte ammoliti, e incavati da caverne ripiene di detritus rossastro. La tunica fibrosa è ordinariamente spessita: i gangli della scissura sono in generale penetrati da materia encefaloide: le vene renali e la vena cava istessa possono contenere de' grumi fibrinosi misti a detritus cancerigno.

Sintomi, diagnosi. — Nel cancro de' reni, gli ammalati accusano quasi tutti dolori vivi nella regione lombare; anno di tempo in tempo ematurie abbondanti o leggieri; il sangue può essere rosso, o pure del colorito dell'acqua di carne lavata, ed esala un odor fetido. Dopo un certo tempo, l'organo aumenta di volume, si scolpisce e forma un tumore duro, scabroso, che può sentirsi mediante il tatto, al di sotto dell'arco costale e nel fianco, qualche volta si estende pure dall'ipochondrio sino alla cresta dell'osso iliaco. Si distingue la spessezza quando si porta profondamente una mano in avanti l'altra in dietro nel punto corrispondente; colla percussione si limita il rene ammalato dagli organi vicini. La nutrizione è sempre profondamente alterata, l'appetito si perde, le digestioni sono difficili; avvi diarrea, e spesso vomiti; in fine, frequentemente gli estremi s'infiltrano, il che spiegasi per la cachessia cancerigna e spesso per la ostruzione della vena cava per effetto dei grumi.

Il cancro de' reni è qualche volta latente: allora manca la ematuria, e l'organo, conservando quasi il suo volume, non forma tumore. Alcuni ammalati si lagnano solamente allora di un dolore profondo, ora ottuso, ora lancinante, in una delle regioni lombari; ma si comprende che questo sintomo non è niente di caratteristico, poichè può anche dipendere da qualun-

que altra malattia de' reni o da una malattia del tessuto cellulare o del corpo delle vertebre. Però presto o tardi qualche sintomo nuovo rende chiara la diagnosi: quindi, siccome l'osservava il Signor Rayer, la comparsa di una ematuria in un ammalato che soffre abitualmente dolori lombari, senza aver emesso anteriormente sabbia o renelle, senza essere stato colpito da una ritenzion di urina completa o incompleta, addiviene significativa se i dolori esistono nello intervallo delle ematurie come anche nel tempo della loro durata, e se esse si rinnovellano senza cause manifeste.

Dal solo corso della malattia, tornerà facil cosa di non confondere il cancro renale che forma tumore colla pielite calcicola che si accompagna a distendimento dell' uretere e de' calicetti. I gonfiamenti della milza non potranno essere presi per un tumore cancerigno de' reni, avendo riguardo alla posizione superficiale del tumore splenico, alla sua curvatura anteriore ottusa, alla sua forma ed alla sua sede, che la percussione permette di determinare esattissimamente, siccome lo à dimostrato il Signor Piorry. Per la stessa ragione, sarà facile di non prendere il rene cancerigno per un tumore del fegato. In fine, con poca attenzione si distinguerà un tumore dell' ovaia da quello che risulta da una degenerazione encefaloide de' reni; perchè il primo, periforme, rotondo, si sviluppa dal basso in alto, esso è più o meno mobile e s' immette nel bacino; il tatto vaginale in fine fa conoscere che dipende dall' utero per la facilità colla quale gli s' imprime de' movimenti agendo su quest' organo.

Pronostico, etiologia, cura. — Il cancro renale è una malattia sempre incurabile. Questa malattia sembra essere molto più comune negli uomini che nelle donne; attacca in preferenza gl' individui di una età matura ed i vecchi, ed invade più frequentemente il rene destro che il sinistro. Il cancro renale può essere primitivo; spesso però è consecutivo ad un' altro cancro che à sede in un viscere o in un organo esterno, e specialmente nel testicolo. La cura sarà puramente palliativa.

DEL CANCRO DELL' UTERO

L' utero è senza dubbio, tra tutti gli organi della donna, quello il quale, è più spesso affetto dalla degenerazione cancerigna: in fatti, le statistiche fatte da madama Boivin e da Dugès, che si estendono sopra settecento casi e più, hanno provato che più della metà de' cancri che osservansi nella donna occupano l' utero. Nell' ordine di frequenza proporzionale, le ovaie vengono dopo l' utero, e la mammelle dopo le ovaie; dal

che ne siegue che nella donna, il cancro si sviluppa più frequentemente nello apparecchio riproduttore,

Anatomia patologica. — Tutte le forme del cancro possono incontrarsi nell' utero, ma più specialmente lo scirro, lo encefaloide e la forma ulcerosa. Quando l' utero è scirroso, il suo tessuto, di un bianco più matto e grigiastro, acquista più durezza; è spesso ineguale e scricchiola sotto lo scalpello; in generale si accompagna ad un aumento più o meno considerabile di volume; per lo contrario qualche volta, il suo tessuto è raggrinzato, contratto su di se stesso e come atrofiato. Bisogna separare affatto dal cancro le trasformazioni cartilaginee ed ossee del tessuto uterino, alterazioni di cui alcuni han fatto una varietà di scirro; però a torto, perchè queste lesioni non hanno il corso del cancro, e non producono affatto altri accidenti meno quelli che possono risultare da un aumento di volume e di peso dell' utero.

Quasi sempre, nelle donne morte per un carcinoma uterino, si trova l' organo trasformato, nella totalità o in parte, in un tessuto encefaloide; il collo e qualche volta una parte del corpo sono distrutti dalla ulcerazione. La superficie di questa è ora dura, ineguale, ed ora ricoperta da vegetazioni fungose, di un rosso nero, violacee, saniose, le quali spesso si distaccano alla menoma contrazione, e ciò tanto più facilmente in quanto esse sono qualche volta perfettamente sfacciate. Queste vegetazioni riempiono e distendono qualche volta la vagina, formando allora una massa che può oltrepassare cinque o sei volte il volume dell' utero. La degenerazione può essere limitata al collo, il più delle volte però colpisce egualmente una parte o la totalità del corpo. Allora può succedere, siccome il Signor Dugès e Boivin lo hanno osservato più volte, che la cavità dell' organo sia completamente chiusa, non dal prodotto delle fungosità, ma in seguito dell' aderenza intima e da una specie di fusione delle pareti tra esse.

In generale, il cancro non è limitato all' utero solo, ma invade più o meno gli organi vicini, come le ovaie, e specialmente la vagina, che può essere trasformata in una parte o nella totalità della sua lunghezza, in un tessuto duro e scirroso. O pure invece di un canale cedevole e dilatabile, non forma che un tubo duro ed inestensibile. Frequentemente l' alterazione si propaga pure alle pareti retto-vaginale e vescico-vaginale, che allora sono indurate, ammolite, ulcerate; spesso, in questi casi, delle masse di tessuto encefaloide esistono al centro di queste due pareti, e possono acquistare un volume tale da restringere e chiudere quasi la cavità del retto e quella della vescica. Se l' alterazione à sede in vicinanza della inserzione degli ureteri, l' orificio vescicale di questi condotti può essere quasi

chiuso, ed il considerabile dilatamento che presentano allora sino al calicetto prova che l'urina à dovuto ivi accumularsi. In fine queste masse qualche volta convertite in ascessi o ulcerate, si vede allora la vescica ed il retto comunicare largamente colla vagina, trasformata allora in una cloaca ove l'urina e le materie fecali vi s'immischiano.

Nelle donne morte per cancro dell'ntero, si trovano spesso le membra inferiori infiltrate, e le vene del piccolo bacino, e specialmente le vene crurali alla loro parte superiore, ostruite da grumi fibrinosi misti quasi sempre a detritus cancerigno. Le pareti venose sono ora intatte, ora manifestamente infiammate. Si può supporre che la materia cancerigna che trovasi in questi vasi vi è penetrata mediante lo assorbimento; si deve forse ammettere che la circolazione venendo ad illanguidirsi, ed essere incomodata in queste vene in seguito di qualche compressione, il sangue vi subisce la trasformazione cancerigua; perchè è provato che questo fluido stravasato o ancora contenuto ne' vasi, ma privo di movimento, può passare di per se allo stato di tessuto encefaloide. Forse in questo modo bisogna spiegare la presenza del detritus cancerigno nella parte superiore delle vene crurali e safene, mentre che le vene del cavo della pelvi sono libere ed affatto permeabili.

Sintomi, corso. — Se il cancro uterino à luogo in una donna che ancora gode del beneficio delle regole, i disturbi della mestruazione saranno generalmente i primi sintomi che si osserveranno: quindi alcune donne àno ritardi, in altre per lo contrario, i periodi mestrui sono più ravvicinati, o pure ve ne sono due nel corso del mese; spesso queste perdite sono eccessivamente abbondanti, e pure in fine lo scolo mestruo altro non presenta d'insolito meno che una durata più lunga del solito. Molte di queste donne possono conservare nello intervallo delle due epoche un gemitio sanguigno senza alcun odore; però una leucorrea più o meno bondante, uno scolo vaginale, ora giallastro, coesiste in generale col gemitio sanguigno o alterna con esso. Quando il cancro affetta una donna che da lungo tempo à cessato di vedere le sue regole, accade che qualche volta uno scolo sanguigno si manifesta di nuovo periodicamente come altre volte per le parti sessuali, senza alcun disturbo funzionale. Però il più delle volte questi ritorni non àno niente di regolare, sono comunemente vere metrorragie alle quali succede uno scolo leucorroico.

La maggior parte delle ammalate non accusano alcun dolore vivo; quasi tutte si lagnano solamente di stiramento ne' inguini, alla parte interna e superiore delle cosce, ne' lombi, o di peso verso il sacro, lo ipogastrio e la regione del povere. Queste sensazioni sono più penose durante la stazione e nel

camino: quindi le donne si stancano prontamente; si aumentano durante la mestruazione. Vi sono ammalate che allora provano acute sofferenze; alcune possono darsi all'atto coniugale senza provar dolore, ma nella maggior parte i rapporti sessuali sono estremamente dolorosi, aumentano lo scolo sanguigno e provocano qualche volta vere perdite. I desideri venerei sono variabili; conservati nella maggior parte delle donne, aboliti in altre, sono solleticati in certe da un prurito voluttuoso che si fa sentire in modo continuo o ad intervalli nella vulva. Questo fenomeno può essere anche osservato ad un periodo avanzatissimo della malattia. Alcune donne provano ancora verso le mammelle diverse sensazioni dolorose: in fine ve ne sono di quelle nelle quali si risvegliano gli antichi accessi d'isterismo. Le ammalate accusano un grande mal'essere; sono in oltre inquiete e preoccupate. Se allora si pratica il tatto, si osserva che il collo dell'utero è voluminoso, duro, di forma irregolare, spesso gemente e doloroso sotto la pressione. L'alterazione può essere limitata ad una delle labbra del muso di tinca o pure occuparle tutte due; essa invade pure spesso una parte o la totalità del corpo uterino, il quale può allora protuberare al di sopra del pube, dove si sente a traverso le pareti addominali. Però, per ben giudicare dello stato del corpo dell'utero, è necessario portare il dito nel retto; allora si distingue, a traverso la parete retto-vaginale, il corpo uterino duro, qualche volta irregolare, e doloroso. Il tatto vaginale fa pur conoscere che l'utero è spesso nello stato di prollasso, di antroversione o di retroversione: spesso contrae ancora delle aderenze in queste viziose posizioni. Quando si cerca a spingerlo superiormente, si conosce ch'è molto più pesante; spesso è meno mobile ed anche affatto immobile, il che può dipendere dallo eccesso del suo volume o dalle aderenze morbose che lo fissano solidamente alle pareti del bacino. Lo esame mediante lo speculum, sueno importanti in questo caso del tatto, permette solamente di meglio valutare il volume e la forma del collo, lo stato della superficie, che quasi sempre è di un bianco matto o pure rosastro.

La malattia progredendo, i dolori si fanno vivi; anno se specialmente negl'inguini, nelle natiche ed alla regione del sacro; sono lancinanti o sordi; lo scolo bianco aumenta, è sieroso, misto a sangue; già presenta un poco di odore; le perdite sono più copiose e quasi continue, raddoppiano soltanto all'epoca delle regole. Lo scolo leucorrico è pure più copioso, esso è sieroso ed appena albuminoso, siccome viene indicato dalla poca asprezza che imprime alla biancheria quando si asciutta. Questo scolo sieroso, quando è considerabile, era considerato da Dugès e la Signora Boivin siccome quello che an-

nunzia il comincio o la imminente ulcerazione del cancro. Così quando i tessuti si distruggono veggonsi comparire i sintomi di consunzione. La ulcerazione comincia sempre dal collo, si estende più o meno rapidamente in profondità ed in superficie. Praticando il tatto vaginale, si trova allora che una delle labbra o tutte due sono distrutte simultaneamente, il dito penetra nel collo e nel corpo, i quali sono duri; i bordi sono lacerati, indurati, coperti spesso da bottoni o da fungosità che si distaccano e sono portate al di fuori con una materia rossastra iorosa che esala un odore infetto: spesso si vede di tempo in tempo manifestarsi bruscamente delle gravi emorragie dipendenti forse dalla erosione de' vasi.

Però il cancro non limitandosi all' utero, invade tosto e distrugge le parti vicine: quindi la vagina indurata, contratta su di se stessa, può permettere appena la introduzione del dito; può ulcerarsi e la ulcerazione può estendersi sino al peritoneo; più spesso le pareti retto-vaginali e vescico-vaginali sono corrose, distrutte, e le infelici donne rendono allora dalla vulva dei gas, delle fecce e dell' urina, le quali, accumulandosi nella vagina come in una specie di cloaca, favoriscono la degenerazione di questo condotto. Questi gravi disordini sono per lo più preceduti da dolori vivi verso l' ano e la vescica, da desideri continui di urinare e di andare del corpo, e solo con patemi inauditi le ammalate soddisfanno a questi bisogni.

Siccome tutte le affezioni analoghe, il cancro uterino si accompagna sempre sin dallo sviluppo da dimagrimento e da consunzione, spesso anche prima che i dolori e le emorragie si siano manifestati. A misura che l' alterazione progredisce, le digestioni addiventano penose, l' appetito si perde, à luogo la diarrea: la pelle pallida, anemica, prende la tinta giallo-paglia: la faccia si gonfia; le membra inferiori s' infiltrano per effetto della organizzazione de' grumi sanguigni nelle vene crurali o in quelle del cavo delle pelvi: spesso un versamento ascitico si forma; ciò osservasi frequentemente quando il cancro, essendosi propagato alla vescica, ed affettando l' orificio delle uretre, si oppone al libero arrivo della urina nel suo serbatoio.

Nel cancro uterino, la morte à luogo il più delle volte a poco a poco nell' ultimo grado del marasmo e per i progressi della cachessia cancerigna. Alcune donne muoiono prematuramente ad un' epoca ancora poco avanzata della malattia; le une periscono allora esangui, per le abbondanti emorragie; altre, in piccol numero, periscono spossate da' dolori, i quali possono pure, siccome Bayle lo à molte volte veduto, determinare le convulsioni o gli accessi di delirio, in mezzo a' quali le ammalate periscono. In fine alcune donne muoiono di peritonite acuta, la quale manifestandosi per la estinzione del can-

ero sino al peritoneo o in vicinanza di esso, o pure quando, in seguito di un' ulcerazione della vagina alla sua inserzione al collo, si stabilisce un perforamento che mette in comunicazione questo canale col peritoneo.

Tali sono i sintomi più comuni del cancro uterino. Però accade qualche volta che la malattia, che abbiamo detto caratterizzarsi con disturbi sì manifesti, esiste per mesi intieri allo stato quasi latente. Quindi abbiain veduto molte volte il collo dell' utero ulcerato, distrutto, ridotto in una materia pultacea nelle donne giovani e fresche, ben regolate, che non provano alcun dolore, che hanno tutte le apparenze della salute, e che venivano a consultarci per una emorragia abbondante che soffrivano, o per una leucorrea che le incomodava, e che formava il solo sintomo distinto; però la costituzione non tarda ad alterarsi. I cancri che sono stati indolenti al loro sviluppo risvegliano qualche volta in prosiegua i più atroci dolori.

Esiti. — In generale la malattia à un corso progressivo; ora è sì rapido, che due o tre mesi bastano perchè la morte abbia luogo; ciò osservasi specialmente nella forma fungosa ed ulcerosa. Altre volte poi, specialmente nella forma scirroza la malattia à un corso lento, essa percorre i suoi periodi in molti anni; in alcuni casi, disgraziatamente troppo rari, accade pure che le ammalate arrivano ad una vecchiezza avanzata, sia che la malattia rimane stazionaria, sia che il tessuto dell' utero abbia subito allora una vera atrofia.

Io credo che questa sia la sola speranza che rimane alle ammalate, perchè non crediamo che il cancro uterino, qualunque sia la sua forma, possa mai risolversi; almeno non esiste ancora nella scienza alcun fatto autentico; non si è neppur veduto che la parte cancerigna colpita da mortificazione si sia mai separata mediante una infiammazione eliminatória, e lasciare in sua vece un' ulcera semplice, suscettibile di cicatrizzarsi. Si sa che quest' esito, senza essere frequente, nulla dimeno è stato osservato qualche volta ne' cancri esterni.

Durata. — La durata del cancro uterino è stata per media proporzione di sedici a diciotto mesi ne' casi da me analizzati, risultato che differisce poco da quello indicato dal dottor Lever, il quale su cento sette casi, à indicato come durata media della malattia venti mesi; come minimo tre mesi e sessantasei come massimo.

La fecondazione è dessa possibile? — Il cancro del collo uterino rende difficile la fecondazione, opponendosi alla introduzione del liquor seminale: però il concepimento è possibile ancora, anche quando la degenerazion cancerigna invade il collo ed una parte del corpo, e quando la donna presenta già de' segni di cachessia. La Signora Lachapelle cita pure molti

casi di gravidanza portata a termine, non ostante la esistenza di un cancro del collo dell' utero; però questo, in ragione della sua durezza, può rendere il parto difficile, e spesso si è obbligato dividerlo collo strumento tagliente per liberarlo. Però è cosa rara che i fanciulli nati in queste condizioni potessero vivere; in fatti moltissimi nascono morti, e gli altri periscono pochi giorni dopo il loro nascimento; ciò spiegasi non solo per lo stato dell' utero, ma pure per le emorragie gravi che hanno luogo durante la gravidanza. Nella maggior parte de' casi però, il cancro, recando ostacolo allo sviluppo dell' utero, impedisce costantemente che la gestazione pervenga al suo termine. Quasi tutte le donne delle quali è parola abbortiscono: la malattia dell' utero corre colla massima rapidità verso un esito funesto. L' uomo non corre alcun rischio serio coabitando con una donna affetta dal cancro; tutto al più potrebbe infettarsi di qualche scolo benigno, o di un erpete prepuziale; però non avvi a temere di un cancro della verga.

Diagnosi. — Le emorragie, la leucorrea, i dolori lombari e sacri, i tiramenti inguinali, sono segni puramente razionali, i quali essendo comuni a molte altre malattie uterine, non saprebbero per se soli caratterizzare la degenerazione cancerigna. Torna dunque indispensabile osservare l' utero mediante lo speculum, e specialmente col tatto, il quale dà de' schiarimenti più completi. Oltre a chè quest' ultimo modo di osservazione è sempre possibile, mentre che bisogna astenersi dal primo ogni qualvolta la vagina prende parte all' alterazione; perchè la introduzione dello speculum, praticata in simil caso, ha determinato il laceramento della vagina. I segni razionali più importanti nel cancro dell' utero sono indubitatamente, le emorragie e le leucorree; in fatti, la metrorragia che persiste e si riproduce, siccome lo abbiamo detto precedentemente, è sempre sintomatica, e non può dipendere allora che da un polipo e più spesso ancora da un cancro: lo scolo bianco parimenti ch' è sieroso, spesso tinto di sangue, e che esala un odor fetido, dovrà far sospettare un cancro, e forse un cancro ulcerato. Lo scolo ha pure tanto più di valore in quanto che, quando offre questi caratteri, si accompagna a dimagrimento, a consunzione e ad una tinta giallastra, che non trovasi o almeno non esiste allo stesso grado in alcun' altra malattia uterina. In tutti i casi, lo ripetiamo, bisogna esplorare le donne collo speculum e specialmente col tatto; perchè se sarà un polipo che produce gli accidenti che si osservano, il dito farà riconoscere sul collo, o a traverso dell' orificio dilatato, un tumore indolente, pedicolato, evidentemente isolato e distinto dall' orificio uterino. Se il tumore è ancora contenuto nell' utero, se ne sospetterà la esistenza in ragione delle emorragie gravi che hanno luogo, e per-

chè il tatto per la vagina e pel retto non fa distinguere alcun' alterazione distinta di tessitura nè verso il collo nè verso il corpo dell' utero. Il tatto e specialmente lo speculum faranno distinguere facilmente le une dalle altre le ulcere semplici e le ulcerazioni della metrite granulata dalle ulcere cancerigne; perchè le prime sono superficiali, hanno i bordi poco protuberanti, una superficie sottilmente granulata e rossa, mentre che l' ulcera cancerigna presenta i bordi rilevati, tagliati a picco, indurati, e la sua superficie, di un rosso oscuro o di vino è disseminata di bottoni duri o coverta di fungosità. Il solo caso veramente che reca imbarazzo nella diagnosi del cancro uterino è di distinguere lo scirro dallo induramento cronico semplice; ma ci siamo spiegati su questo punto allo articolo *Metrite cronica*. Torna inutile ricordare che il volume del muso di tinca varia molto nello stato normale secondo gl' individui, e che i parti ripetuti vi producono delle fenditure e delle protuberanze qualche volta dure, che non bisogna considerare come stati morbosi.

Dando termine chiamerò l' attenzione de' pratici sopra un segno prodromo de' cancri uterini indicato nel 1842 dal Signor Montgomery in un lavoro pubblicato da questo medico nel *Dublin medical Press*; questo segno è fornito dallo stato delle glandole o vescichette volgarmente chiamate uovi di Naboth. Depositandosi in queste vescichette, ed all' intorno di esse, la materia cancerigna dà luogo a moltissimi piccoli induramenti simili pel loro insieme, alla migliarola di piombo o a' granelli di sabbia. Più tardi, quando il loro gonfiamento è aumentato, il collo prende un aspetto scabroso, bernocoluto.

Pronostico. — Il pronostico è sempre pericoloso, atteso la incurabilità della malattia; però vi sono certe circostanze le quali, accelerando il termine fatale, accrescono ancora la gravità del male: tali sono le emorragie ripetute e la estensione del cancro agli organi vicini. La forma encefaloide ed ulcerosa sono molto più pericolose dello scirro.

Etiologia. — Da' risultati de' quali andiamo debitori al Signor Dugès ad alla Signora Boivin, il cancro uterino avrebbe il suo massimo di frequenza da quaranta o cinquant' anni, poi verrebbe il periodo medio di venti a trenta, ed in terzo luogo quello di trenta a quaranta. Però, ne' fatti da me veduti, la malattia sarebbe manifestamente più comune da trenta a quaranta anni anzichè da venti a trenta, e questi risultati sarebbero conformi a quelli indicati dal dottor Lever nelle *Transactions medico-chirurgicales de Londres* del 1839. Checchè ne sia, tutti sono di accordo su questo punto, cioè che verso la età critica, all' epoca in cui cessano le regole, il cancro uterino ha il suo massimo di frequenza. Passati i cinquant' anni e specialmente i sessanta, questa malattia è rarissima, lo sarebbe anche più, a

parere del Signor Dugès e Boivin, di prima dell' adolescenza, ciò ch'è però non mi sembra provato, quantunque questi due ultimi autori abbiano trovato su 409 donne affette da cancro, 12 donne minori di venti anni. A torto il celibato è stato considerato come una predisposizione al cancro; anzi è dimostrato da' fatti analizzati dal dottor Lever che la malattia è molto più comune nelle donne che sono state madri; però queste non sembrano più predisposte per la ragione che abbiano avuto molti figli. In generale si crede, e Dugès e Boivin lo ammettono pure, che gli aborti ed i frequenti disturbi della mestruazione predispongono molto le donne al cancro uterino: questa opinione è confermata da' risultati del Signor Lever. Quindi questo medico à notato 113 falsi concepimenti sopra 122 donne affette da cancro che avevano avuto figli, ed à trovato i disturbi della mestruazione (amenorrea o dismenorrea) 69 volte sopra 100. Il cancro uterino si considera più frequente nelle donne prostitute che nelle altre; ma senza prova. La malattia si sviluppa spesso sotto l' influenza di una predisposizione ereditaria e delle pene morali prolungate. Nel suo trattato del cancro uterino, opera stimabile, il Signor Teallier considera come più specialmente predisposte a queste malattie le donne dotate di un eccesso di sensibilità. Torna superfluo dire che per l' utero come per lo stomaco, il fegato ed i reni, non avvi rapporto tra la infiammazione acuta e cronica di questi organi e lo sviluppo del cancro: il tempo à giustificato questo errore consistente a considerare il cancro come la conseguenza, la reliquia di un lavoro infiammatorio antecedente.

Cura. — Coloro i quali àn preteso aver guarito i cancri uterini cogli antiflogistici, i depuranti, i fondenti, i narcotici, e quella immensità di rimedi, gli uni inertì, gli altri velenosi, che ànno vantati e che il ciarlattanismo à impiegati ed impiega ancora, quelli àn creduto a' successi immaginari. Molti, curando i cancri uterini come gli esterni, ànno proposto di distruggerli, come questi ultimi, mediante i caustici, o di estirparli collo strumento tagliente. La cauterizzazione non è indicata se non quando il cancro è limitato al muso di tinca e quando si può distruggere il male con una o due applicazioni; essa conviene specialmente nella forma ulcerosa o quando la malattia è caratterizzata dalle vegetazioni fungose; però crediamo cosa imprudente portare il caustico sopra i colli scirrosi. Oltre a che non bisogna dimenticare che la cauterizzazione, specialmente quando si ripete spesso, espone a far estendere il cancro al rimanente dell' organo con una spaventevole rapidità. Ne' casi rari in cui il caustico sarà indicato, s' impiegherà in preferenza la pasta di Vienna solidificata e ridotta a forma di cilindro secondo il processo del dottor Filhos. Si è pure usato lo strumento taglien-

te sull' utero affetto da cancro. La minor parte de' medici si è limitata ad amputare il collo quando l' affezione aveva invaso solamente questo ; ma alcuni anno spinto la temerità sino ad estirpare l' organo intiero ne' casi in cui il corpo prendeva parte alla malattia del collo. Quantunque non ci appartenga portare il nostro giudizio in questo luogo su simili operazioni , diciamo però che tutte sono contro la ragione per principio e micidiali per l' applicazione, più micidiali ancora di quello è stato detto , per essere disgraziatamente vero, che le operazioni senza successo sono state dissimulate e la inverecondia è stata spinta sino a trasformare i sogni in successi.

Il Signor Montgomery pensa che può efficacemente combattersi l' alterazione che abbiamo indicata secondo lui siccome quella che forma il primo periodo del cancro. Questo medico vuole che si applichino le sanguisughe sul collo , si faccia uso di fomenti emollienti , de' bagni locali ; poi , se la parte conserva una esaltata sensibilità , vi si recherà rimedio toccandola con una soluzione di azotato di argento.

La cura del cancro uterino, salvo i casi eccessivamente rari , sarà dunque intieramente palliativa. Bisogna anzi tutto calmare il morale delle donne sempre pronte a spaventarsi degli accidenti che anno luogo dagli organi sessuali. Saranno collocate nelle migliori condizioni igieniche , poi si combatteranno gli accidenti predominanti. I dolori, l' odor fetido dello scolo e le emorragie sono sempre i tre sintomi che incomodano più di tutto le donne. I dolori saranno moderati co' narcotici e specialmente coll' oppio , che si amministra per la via dello stomaco, per clisteri , o pure per suppositori: Si praticano pure le iniezioni nella vagina delle decozioni di piante stupefacenti , come il giusquiamo, la belladonna , lo stramonio. La quantità de' rimedi sarà proporzionata alla intensità de' dolori; si sospenderanno quando le ammalate saranno calmate ; perchè spesso accade che i dolori divenuti atroci, si ammassiscono e spesso spariscono spontaneamente , o in seguito di una forte emorragia. Questi dolori che sembrano legati ad uno stato congestivo dell' utero , che raddoppiano allo avvicinarsi delle emorragie , resistono qualche volta alle forte dosi di oppio , mentre che si moderano coll' applicazione delle ventose o delle sanguisughe alle regioni inguinali e del sacro. I salassi locali convengono ancora ne' dolori che anno una origine infiammatoria , e che dipendono da una peritonite parziale, o dallo sviluppo de' gangli inguinali ; in fine vi sono di quei dolori che cedono momentaneamente all' applicazione di un vescicante attorno del bacino. Alle emorragie si oppone il riposo, il decubito orizzontale, avendo cura di collocare il bacino alla parte superiore di un piano inclinato , ed il tronco in una posizione declive : le be-

vande acidole e le astringenti internamente, la ligatura delle membra, le applicazioni fredde, le iniezioni vaginali ed i clisteri freddi sono ancora altrettanti mezzi mediante i quali bisognerà combattere le metrorragie sintomatiche di un cancro uterino. In fine, contro l'odor fetido dello scolo, si praticheranno alcune iniezioni leggermente clorurate.

DE' TUBERCOLI IN GENERALE

La parola *tubercolo*, la quale nel linguaggio degli antichi medici e dello stesso Ippocrate, serviva ad indicare una immensità di alterazioni diversissime che non avevano di comune tra esse se non che di presentarsi sotto forma di un piccolo tumore svolto allo interno o esterno degli organi, è oggi esclusivamente consacrata per nominare un prodotto morboso speciale che offre i seguenti caratteri. I tubercoli sono corpi di un bianco giallastro o grigiastro, di forma ordinariamente rotonda, di variabilissimo volume, senza tracce di organizzazione, duri nella loro origine, [ma già friabili: quasi sempre si ammoliscono e si vuotano allo esterno nel modo degli ascessi, lasciando in lor vece un incavo più o meno vasto; altre volte subiscono la trasformazione cretacea o calcare (1).

Laënnec, e dopo di lui quasi tutti gli anatomo-patologi, hanno ammesso che i tubercoli si sviluppano ne' nostri organi sotto due forme speciali, sotto quella di *corpi isolati* e sotto quella d'*infiltramento*. Ciascuna di queste forme presenta molte varietà che dipendono specialmente da' diversi gradi di sviluppo.

Anatomia patologica. — Nel suo primo grado, il tubercolo si presenta sotto forma di piccoli corpi grigiastri semi trasparenti, qualche volta scolorati, quasi diafani e di una grandissima consistenza. Essi sono più o meno rotondi, omogenei, ed hanno una grossezza che varia da quella di un granello di miglio sino a quella di un granello di canapuccia. Questi prodotti sono conosciuti sotto il nome di *tubercoli miliari* (Laënnec) o di *granulazioni grigie* (Louis). Qualche volta il loro volume è anche più piccolo, perchè le granulazioni sono quasi microscopiche: si direbbe il tessuto infiltrato da una polvere grigiastra. Quindi gli autori hanno generalmente indicato questa

(1) I tubercoli sono composti di 98 materie animali, 0, 15 idrocloro di soda, 1, 85 fosfato e carbonato di calce; in fine vi sono delle tracce di ossido di ferro.

forma sotto il nome di *polvere tubercolosa*. Quando le granulazioni hanno acquistato un certo volume, presentano in una parte della loro estensione, e quasi sempre al centro, un punto giallastro che si aumenta a poco a poco ed invade finalmente la totalità del tumore. Questo offre in pari tempo un volume maggiore, come quello di un nocciolo di cirieggia, di un'avellana o di una mandorla; spesso allora il tumore si è riunito ad altri prodotti vicini, e forma con essi delle masse più o meno voluminose, omogenee, biancastre o giallastre, di un aspetto matto, friabili, che si lasciano schiacciare sotto il dito come il formaggio. Questo stato caratterizza il *tubercolo crudo*.

Alcune volte, specialmente nel polmone, la materia grigia semi trasparente, lungi dall'essere sotto forma di granulazioni, esiste in masse irregolari in mezzo alle quali si mostrano de' punti miliari o affatto tubercolosi: è questo lo *infiltramento tubercoloso grigio*, alterazione alla quale dobbiamo ravvicinare lo infiltramento detto *gelatiniforme*, nel quale i tessuti presentano tra i tubercoli miliari un infiltramento formato da una materia dello aspetto di un bel gelato rossastro, il quale a poco a poco si concreta e si trasforma progressivamente in *infiltramento tubercoloso grigio*, e poscia in *materia gialla cruda*.

Si è cercato a conoscere mediante il microscopio la costituzione del tubercolo. Il Signor Lebert à specialmente continuato queste ricerche con una grande perseveranza, ed ecco a quali risultati è giunto. Per esso, gli elementi costanti del tubercolo, qualunque sia la età degli individui e gli organi dove si trova questo prodotto morboso, sono de' globetti molecolari, una sostanza interglobulare ialina e de' corpiccioli o globetti propri a' tubercoli. Questi corpiccioli hanno da 1/100 a 1/150 di millimetro. La loro forma è irregolare, ad angoli rotondi; i loro contorni sono ordinariamente distintissimi; il loro interno giallastro, un poco opaco, contiene un certo numero di piccoli granelli molecolari, ma niente affatto noccioli. La osservazione microscopica si oppone dunque nel modo più perentorio alla opinione di coloro i quali consideravano la sostanza tubercolosa siccome una modifica de' globetti purulenti, poichè questi sono di un quarto o di un terzo più grossi; hanno una forma cilindrica e contengono da uno a tre noccioli. Pel Signor Lebert, il pus che circonda il tubercolo non à mai la sua origine dallo stesso tubercolo, ma dalle parti vicine.

Allo esempio di Laënnec e del Signor Louis ò indicato la granulazione miliare siccome il primo grado o siccome il rudimento del tubercolo: però alcuni autori hanno considerato questo prodotto siccome quello che costituisce il secondo grado, la seconda fase di quest'alterazione. Quindi per i signori Dalmassonne e Rochoux, si troverebbero, prima delle granulazio-

ne grigie, de' corpiccioli rossi o di un rosso giallastro che presentano appena il quarto del volume o tutto al più il volume di un granello di miglio, resistenti, molto consistenti, che si comprimono piuttosto anzichè rompersi sotto le unghie senza che lascino scorrere il liquido, e che dipendono dal tessuto circostante per mezzo de' filamenti cellulari o vascolari. Altri han fatto della granulazione grigia una trasformazione particolare di un infiltramento sanguigno (Ch. Baron), di una vescichetta idatica (Joh. Baron) o del pus (Cruveilhier e Lallemand); però nessuna di queste opinioni mi sembra essere stata sufficientemente verificata, e nessuna di esse saprebbe specialmente applicarsi a tutti i casi particolari. Ciò è stato pur anche conosciuto dal Signor Piorry. Per questo autore, i tubercoli potrebbero dipendere ad un tempo da diverse sorgenti: quindi dal sangue, dalla linfa plastica, dal pus, dalle mucosità, e da' liquidi di ogni specie, dalla materia contenuta nelle cisti idatiche, da qualunque corpo liquido in fine depositato nelle cavità, e che non ne esce per un'apertura naturale o artificiale, che non vi è assorbito e non vi si organizza affatto, per prendere dopo di esso, lo aspetto assegnato a' tubercoli. Questa teoria, la quale per lo meno è il merito di non essere esclusiva come le precedenti non mi pare ancora fondata. Noi crediamo che i diversi prodotti morbosi che abbiamo numerati, e che sono stati considerati siccome capaci di essere il punto di partenza del tubercolo, non costituiscono per lo contrario, che lesioni concomitanti puramente accidentali. Questa opinione, che è pure quella prefessata dal Signor Louis, è confermata dalle ricerche microscopiche di abili osservatori, i signori Carswell e Nat. Guillot, i quali hanno stabilito in modo indubitato la esistenza della granulazione grigia nel tubercolo rudimentale.

Le granulazioni semi trasparenti hanno quasi dappertutto il loro punto di partenza nel tessuto cellulare. Però è cosa costante che in alcuni casi questi prodotti si sviluppano alla superficie de' tessuti membranacei, specialmente alla superficie delle membrane sierose, e forse ancora su quella della mucosa bronchiale; tale sarebbe almeno per alcuni patologij, la sede primitiva de' tubercoli polmonali.

Le granulazioni ed i tubercoli crudi si aumentano, secondo Bayle e Laënnec, per una forza interna o intussuscezione; noi però crediamo piuttosto, che alla maniera de' corpi inorganici, debbono aumentarsi mediante l'agregato delle molecole. Le grosse masse sono formate dalla riunione di molti tubercoli.

I tubercoli essendo in contatto immediato co' tessuti in mezzo de' quali si sviluppano, separati da essi in alcuni casi rarissimi da una vera cisti, li respingono, li comprimono, li atrofizzano e li distruggono, qualunque sia la loro durezza:

essi forano gli organi cavi, stabiliscono pure delle insolite comunicazioni; producono la carie e la necrosi delle ossa, dividono i vasi ed occasionano qualche volta le gravi emorragie; più spesso chiudono certi ordini di vasi e danno origine ad altri, disposizione ammirabile che faremo conoscere più tardi trattando della tubercolosi polmonale.

La materia tubercolosa cambia presto o tardi di aspetto e di natura; il più delle volte si ammolisce ed esce via allo esterno; altra volta si secca e subisce la trasformazione cretacea. Lo ammolimento comincia quasi sempre al centro del prodotto accidentale, e guadagna a poco a poco la circonferenza.

La materia tubercolosa, dapprima più molle e più umida, addiviene più untuosa al tatto, come il formaggio molle, col quale à molta analogia, poi acquista in fine la forma vischiosa o liquida del pus. In questo stato, dice Laënnec, la materia tubercolosa può presentarsi sotto due diverse forme: ora somiglia spesso al pus denso, senza odore e più giallo de' tubercoli: ora è separata in due parti, una liquida, più o meno senza odore e trasparente, l'altra opaca, della consistenza del formaggio molle e friabile, o pure à l'aspetto del latte che tiene in sospenso de' frammenti di caggio. Pervenuta a questo stato la materia tubercolosa si evacua allo esterno, lasciando in suo luogo delle soluzioni di continuità. Ne' tessuti membracei sono le ulcerazioni di diverse forme, disseminate spesso da granulazioni grige, e ne' parenchimi degl' incavi più o meno vasti, tappezzati o no da una falsa membrana di aspetto mucoso, le cui pareti più o meno indurate e grigiastre sono infiltrate da granulazioni grige e da tubercoli crudi o da diversi gradi di ammolimento. Spesso ancora, delle porzioni di tessuto, come tante specie d' isole in mezzo a masse di tubercoli ammoliti, sono portate via colla suppurazione; ciò osservasi specialmente nelle ossa. Ingannati da false apparenze, alcuni àn pensato che i tubercoli delle ossa non erano che necrosi; ma questa opinione non può essere sostenuta, specialmente in presenza de' lavori de' signori Nichet, Nolaton e Guillot.

Si è cercato a spiegare secondo qual meccanismo i tubercoli si ammoliscono. Broussais non vi vedeva che un effetto della infiammazione: or, questa infiammazione, siccome l'osserva il signor Louis, non può aver luogo nel tubercolo istesso, poichè non presenta alcuna traccia di organizzazione. Il Signor Lallemand ed Andral àno emessa la opinione che i tubercoli agendo come corpi estranei, debbono eccitare ne' tessuti circostanti una segrezione purulenta che li penetra e li scioglie; però a questa idea ingegnosa si può opporre che lo ammolimento à luogo dal centro alla circonferenza, e mai dalla periferia al centro, siccome la cosa dovrebbe aver luogo se la precedente teo-

ria fosse esatta. Tutto porta dunque a credere che il tubercolo si ammollesce di per se per una forza interna inerente, ad esso. Lo ammolimento è pure un fenomeno comune a molti prodotti morbosi, ma è quasi inesplicabile nelle sue cause e nel suo meccanismo. Bisogna considerare il tubercolo come un prodotto che à un certo modo di sviluppo molto regolare siccome sottoposto, dice il signor Louis, a delle evoluzioni successive, delle quali la materia grigia delle granulazioni sarebbe il primo termine, e la pappa tubercolosa l'ultimo, lo stato intermedio essendo costituito dalla materia bianco-giallastra di consistenza caseosa. Or, ammettendo che questi siano i tre gradi necessari dello sviluppo de' tubercoli, si comprende benissimo perchè il centro arriva più presto al terzo grado che la circonferenza, poichè abbiám veduto essere precisamente il centro della granulazione grigia che comincia a presentare un punto giallastro ed opaco.

Un cambiamento di stato meno comune del precedente, senza essere raro, consiste nella trasformazione de' tubercoli in una materia simile alla matita, cretacea e calcare. Questa trasformazione, che è uno de' modi di guarigione della malattia, si osserva frequentemente ne' tubercoli polmonali e ne' gangli linfatici, però non si osserva forse mai ne' tubercoli de' tessuti membranacei. La materia cretacea non invade le granulazioni miliarì, ma solamente i tubercoli crudi. L'analisi chimica, non a presentato identici risultati. Quindi Thénard considera i tubercoli cretacei siccome formati da tre parti di materia organica, e di 96 centesimi di sali calcari, e questa opinione pare essere pure quella del Signor Vogel, mentre che il Signor Lebert, adottando l'analisi del signor Felice Boudet, crede, con questo abile chimico, che i sali calcari sono in proporzione minima in questi prodotti, e che il cloruro di sodio, il fosfato ed il solfato di soda ne formerebbero i sette decimi. Il signor Boudet trova per conseguenza una completa identità di composizione tra le concrezioni di cui parliamo e le ceneri de' tubercoli crudi. Il sig. Lebert, esaminando pure queste concrezioni morbose col microscopio, le à trovate composte di granule minerali amorofi, alle quali si trovano spesso uniti de' cristalli di colestrina e gli elementi di pigmento.

La trasformazione cretacea non costituisce il solo modo di guarigione de' tubercoli; in fatti succede qualche volta che le soluzioni di continuo gl' incavi che ànno luogo allo scioglimento ed allo incavo di questi prodotti morbosi si cicatrizzano secondo diversi meccanismi, che esporremo dettagliatamente trattando della eticia polmonale. Per completare la storia de' tubercoli, vedi l'articolo *Eticia polmonale*.

I tubercoli esistono in maggiore o minor numero nello stesso organo, e vi si osservano ordinariamente a diversi gradi di

sviluppatamento: quindi è che non è raro trovare nel polmone, e secondo l'altezza alla quale si esamina, delle granulazioni grigie semitrasparenti; più lungi delle granulazioni con un punto opaco al centro; più lungi ancora delle granulazioni affatto trasformate in tubercoli crudi; in altri punti esistono tubercoli a diversi gradi di ammolimento, poi in fine delle caverne quando questi prodotti sono stati evacuati per i bronchi. Questa gradazione nella intenezza di una stessa lesione non indica un corso diverso in ciascuno di questi prodotti, ma deve far supporre, che hanno avuto luogo successivamente nel polmone molte eruzioni tubercolose.

È cosa rara, quando la morte à luogo pel fatto de' tubercoli, che questi prodotti morbosi siano limitati ad un sol organo. Quasi sempre ne esiste un maggiore o minor numero in qualche altra parte del corpo. Questa proposizione varia per lo adulto, nel quale si veggono spesso due o tre organi invasij contemporaneamente dalla materia tubercolosa a differenti gradi di sviluppo: però nella gioventù e specialmente al di sotto di dieci anni osservasi una estrema tendenza di quasi tutti gli organi a divenir tubercolosi nello stesso tempo. Quindi è ordinaria cosa vedere ne' fanciulli dei tubercoli in quattro organi ad un tempo; non è raro trovarne in otto ed anche in dodici o tredici, siccome lo hanno osservato i signori Rilliet e Barthez.

La tendenza che hanno i diversi organi a divenir tubercolosi non è mica la stessa per tutti; oltre a chè offre alcune differenze secondo le età. Non cade dubbio che in tutte i periodi della vita il polmone è quello che lo è più spesso; poi vengono per ordine di frequenza, nello adulto, l'intestino gracile e crasso, i gangli bronchiali, mesenterici, cervicali, il peritoneo e la pleura, le ossa, la pie madre, il cervello, i reni, la milza ed il fegato. Ne' fanciulli, si trovano, secondo i signori Rilliet e Barthez, dopo il polmone, i gangli bronchiali; poi ad una gran distanza i gangli mesenterici e lo intestino gracile; dopo questi organi sono più spesso invase la pleura e la milza; in fine il peritoneo, il fegato, lo intestino crasso, le meningi, i reni, il cervello, lo stomaco ed il pericardio. Si rinvencono ancora, ma meno frequentemente, nel pancreas, ne' testicoli, nelle ovaie, e sin anche nell' utero.

Non solo i tubercoli sono più frequenti ne' polmoni che in qualunque altra parte, ma bisogna pur stabilire col Signor Louis che dopo quindici anni non si osservano i tubercoli in alcun viscere, senza che i polmoni non ne siano affetti. Questa legge importante della patologia è vera per lo adulto; non vi si possono addurre delle obiezioni che in casi rari, due de' quali sono stati riportati dallo stesso Signor Louis. Non è però lo stesso ne' fanciulli, ne' quali si veggono spesso molti organi o

un solo affetti da tubercoli senza che i polmoni prendino parte all'alterazione. Quindi su 262 fanciulli tubercolosi, i signori Papavoine, Rilliet e Barthez àn trovato che i polmoni erano immuni da qualunque prodotto accidentale 59 volte. Queste eccezioni sono molto più frequenti da tre a cinque anni che in qualunque altra età.

Molto si è discusso sulla natura del tubercolo. Tre principali opinioni dividono i patologi. Gli uni lo considerano come del pus condensato; ma la osservazione, il modo di sviluppo ed i risultati ottenuti mediante il microscopio i quali ànno mostrato una radicale differenza tra il globulo purulento ed i globuli tubercolosi contraddicono questa dottrina. Altri appoggiandosi sulla autorità di Bayle e di Laënnec ne fanno un prodotto accidentale organizzato ed avendo una vita propria; è questa una opinione alla quale la generalità de' medici prende parte, quantunque l'organizzazione di questo corpo sia dubbia ed il suo modo di nutrizione affatto ignorato. Rimane in fine un'ultima dottrina, consistente a considerare il tubercolo siccome depositato e segregato da' tessuti in mezzo a' quali agisce alla maniera de' corpi estranei. È una opinione verso la quale abbiamo più dipronzione. Checchè ne sia, diciamo anticipatamente, perchè ciò risulterà chiaramente dallo studio che siamo per fare, che il tubercolo nasce, e si sviluppa indipendentemente da qualunque lavoro infiammatorio.

Sintomi, corso. — I sintomi locali de' tubercoli variando di molto, non dobbiamo occuparcene in questo luogo. Per i fenomeni generali, diremo che, qualunque sia la loro sede, i tubercoli si associano sempre a scoloramento de' tegumenti ed alla floscezza delle carni; le forze declinano, la grassezza si perde; la febbre si accende qualche volta sin dallo sviluppo, ma il più delle volte soltanto all'epoca dello ammolimento. Questa febbre è continua o intermittente; più spesso è remittente, e presenta tutti i caratteri della febbre etica. Esistono sudori quasi sempre parziali, i quali si stabiliscono specialmente durante il sonno della notte. Il sangue, studiato allora, offre importanti modifiche: quindi i signori Andral e Gavaret ànno notato che allo sviluppo della tubercolosi il numero de' globuli diminuiva, mentre che la quantità della fibrina non cambiava affatto, eccetto all'epoca in cui i tubercoli ammolendosi si complicavano a qualche lavoro infiammatorio nelle parti circonvicine. Però è questo un punto importante sul quale ritornerò con maggiori dettagli parlando della etica polmonale.

La tubercolosi, qualunque sia l'organo che assale, à quasi sempre uno sviluppo oscuro, latente, ed un corso cronico; però in alcuni casi, specialmente nella età giovanile, quasi tutti gli organi essendo invasi nello stesso tempo, si osservano dei

sintomi acuti più o meno gravi, senza predominio, almeno allo sviluppo, di sintomi locali di qualche importanza che richiamino particolarmente l'attenzione su questo punto: così si è spesso indotto a rannodare questi disturbi alla esistenza di una malattia tifoidea. Però nella maggior parte de' casi, la febbre, comunque continua, pur tuttavia è moderata; offre delle alterazioni più o meno irregolari, e può continuare per lo spazio di due o tre settenari, senza che torni possibile rannodarla ad alcuna lesione organica palpabile. Presto o tardi però i sintomi locali gravi si manifestano: questi variano secondo il predominio della tubercolosi in tale o tale organo. In tutti i casi, gli ammalati si depauperano prontamente, le loro forze declinano rapidamente, e periscono nello intervallo che varia da due o tre settenari sino a 10 o 12.

Diagnosi. — La tubercolosi acuta, rara nella età adulta, è, per lo contrario, una malattia comune nella infanzia; è dessa che si suppone ne' fanciulli i quali, naturalmente deboli, sono colpiti senza causa conosciuta o in seguito di una febbre eruttiva, e specialmente del morbillo, da un apparato febbrile mediocre, ma continuo, che si protrae per molte settimane, senza che torni possibile riconoscere il suo punto di partenza. In simil caso in fatti, bisognerà credere alla tubercolosi acuta generale; perchè, siccome i signori Rilliet e Barthez lo hanno notato, non esiste alcun'altra malattia della infanzia la quale, con un corso acuto o perperacuto, non dia luogo dopo dieci o dodici giorni a sintomi locali tanto specchiati per indicare più o meno positivamente la sua natura. Qualche volta la cefalalgia, le epistassi, le vertigini e la diarrea, unite ad un apparato febbrile continuo ed a poca prostrazione, potrebbero far credere la esistenza di una febbre tifoidea; ma la persistenza della maggior parte di questi sintomi e la loro poca intensità, la mancanza delle macchie rosee, del gorgogliamento e del meteorismo, come pure il normale volume della milza, allontaneranno la idea in questi casi di una lesione delle glandole di Payer. Però l'errore è possibile, ed è spesso difficile poterlo evitare allo sviluppo della malattia.

La tubercolosi essendo in tutte le età della vita la causa più costante della febbre etica, è questa l'alterazione che dovrà sospettarsi a primo aspetto, e cercarsi tutte le volte che si vedranno gli ammalati dimagrire, perdere le forze, presentare un apparato febbrile continuo o remittente di mediocre intensità, che si accompagna il più delle volte a sudori notturni. Però non bisogna dimenticare che la manustuprazione, che le privazioni, le suppurazioni profonde e la supersegregione di certi fluidi possono cagionare la maggior parte di questi accidenti.

Pronostico. — Si vedrà più tardi che i tubercoli sono curabili. Questi prodotti morbosi non sono suscettibili di risoluzione; però guariscono ora per la loro evacuazione allo esterno e la cicatrizzazione delle loro caverne, il più delle volte ciò accade per la loro trasformazione cretacea. (Vedi appresso *Eticia polmonale*).

Etiologia. — Non cade dubbio che la malattia tubercolosa sia ereditaria, ma non è necessariamente trasmissibile da' parenti a' figli. I tubercoli si osservano in maggior numero nella giovane età. Il signor Papavoine in fatti à dimostrato, nel suo bel lavoro inserito nel tomo 11 del *Journal des progrès*, che si trovavano de' tubercoli ne' tre quinti de' fanciulli del popolo, mentre che, secondo il Signor Louis, la proporzione de' tubercolosi che muoiono negli ospedali degli adulti non era che di due quinti. Paragonando tra essi i diversi periodi della infanzia, il Signor Papavoine à dimostrato che, rari dopo la nascita sino a tre anni, i tubercoli aumentavano di frequenza da quattro a sette, e che all'epoca della pubertà la loro frequenza era quasi la stessa come era tra tre e quattro anni. I risultati ottenuti ultimamente da' signori Barthez e Rilliet non si allontanano notabilmente da quelli che abbiamo citati.

Risulta da ciò che il tubercolo è tra tutti i prodotti accidentali quello che osservasi più frequentemente nell'uomo e nella maggior parte de' vertebrati. E questo un punto che le dotte ricerche del Signor Rayer hanno ben stabilito. La materia tubercolosa si trova in minore o maggior quantità sul massimo numero di quelli che muoiono negli ospedali. Quindi il Signor Er. Boudet à provato, dopo numerose e coscienziose ricerche, che ne' due primi anni della vita esistevano de' tubercoli ne' polmoni o ne' gangli bronchiali, una volta su cinquantasette; che da due a quindici anni ve ne erano ne' tre quarti de' casi, e da quindici a settantasei ne' sei settimi. Questi prodotti esistono allora nello stato latente; perchè ognun sa che quando i tubercoli sono poco numerosi, possono aver sede negli organi importanti, come i polmoni, senza esercitare sulla salute generale alcuna pericolosa influenza.

È oggi dimostrato che in tutte le età della vita, almeno a Parigi, i tubercoli sono più comuni nella donna che nell'uomo; ciò risulta da' lavori statistici de' signori Papavoine, Barthez e Rilliet, Louis e Benoiston de Châteauneuf. Sembra ancora che la malattia colpisce in preferenza gl'individui di costituzione debole o di un temperamento linfatico. Forse dal predominio di questo temperamento nella donna, predominio il quale, secondo il Signor Papavoine, esiste sin dalla giovane età, dipende la frequenza maggiore de' tubercoli nella donna, anzichè da una influenza esercitata solamente dal sesso.

Si è detto che la respirazione di un'aria mal sana, che la dimora in un luogo umido ove non penetra nè l'aria nè la luce, che la vita ritirata, che un alimento insufficiente, che le passioni tristi, che la privazione del sonno, che gli eccessi della venere, e generalmente tutte le cause debilitanti, potevano determinare la tubercolosi de' nostri organi. Queste idee sono in generale vere, però mancano de' dati precisi. E cosa costante ancora che i tubercoli si sviluppano spesso consecutivamente a certe malattie acute che hanno più o meno pervertito la nutrizione generale ed indebolito la costituzione. Così un gran numero di fanciulli van soggetti alla tubercolosi dopo il morbillo, la pertosse e la febbre tifoidea. Si è pur detto che le flemmasie potevano provocare lo sviluppo de' tubercoli negli organi istessi che ne erano stati affetti, o negl' organi vicini che erano più o meno intimamente connessi con i primi: quindi è che la pneumonia, la pleurisia, la bronchite sono state considerate come cause della eticia polmonale, la enterite come quella che poteva dar luogo alla tubercolosi de' gangli addominali ec. Son queste delle quistioni sulle quali ritorneremo in altro luogo; per ora ci basterà dire che la flemmasia di un organo non può produrre di per se, per se sola, lo sviluppo de' tubercoli, ma che la infiammazione può, in un individuo predisposto modificare talmente la nutrizione che i tubercoli vi si sviluppano senza che questi siano la conseguenza necessaria o ordinaria della infiammazione. Oltre a chè, si ricordino le belle ricerche de' signori Andral e Gavaret, sul sangue, le quali dimostrano che il lavoro morboso che crea i tubercoli non è della stessa natura di quello che forma la infiammazione.

Cura. — Passerò sotto silenzio il metodo curativo e palliativo delle malattie tubercolose, perchè mi riservo trattare ciò dettagliatamente agli articoli *Eticia polmonale* e *Scrofole*. Mi limiterò qui a dare alcune regole da doversi seguire ne' ragazzi i quali per la loro costituzione o in seguito di condizioni ereditarie, sono minacciati di esser colpiti più tardi da qualche malattia tubercolosa. Questa cura profilattica à stata descritta perfettamente dal Sig. Louis nella sua novella edizione della *Eticia*.

I fanciulli di cui è parola dovranno essere confidati, subito dopo il loro nascimento, alle nutrici robuste che presentano i segni del temperamento sanguigno ed una salute perfetta. Il fanciullo passerà al sole ed avrà un'abitazione ariosa e ben esposta. All'epoca dello svezzamento gli amministeranno gli alimenti grassi e macri; si preferiranno dapprima i brodi e le gelatine di carne, poi si arriverà successivamente alle carni di montone, di bue, alle carni nere; gli si accorderà l'uso del vino buono; il suo pranzo sarà regolato, impedendogli di mangiare in tutte le ore del giorno e si eviterà specialmente di fargli

mangiare alimenti indigesti, come le pasticcerie ed i spezzati, che spesso turbano le funzioni dello stomaco e producono le diarree che indeboliscono sempre i fanciulli, ed addivengono in tal guisa una causa efficace di tubercolosi. Se le digestioni fossero lenti o se l'appetito fosse diminuito, si risveglierebbe l'attività dello stomaco con qualche infusione amara. Si ecciteranno di tempo in tempo le funzioni della pelle colle frizioni secche specialmente l'abitudine del corpo mediante alcuni bagni salati. Bisogna pure, seguendo il consiglio del Signor Louis, vigilare al sonno de'ragazzi: vi sono di quelli che dormono pochissimo senza poterne conoscere la causa. Un simile stato di cose è sempre nocivo: specialmente poi per i fanciulli de'quali ci stiamo occupando. Bisogna dunque cercare di stabilire il sonno il più presto possibile mediante alcune gocce di sciroppo di diacodio che si amministrerà per molti giorni di seguito. Torna inutile dire che i timori di alcuni medici relativi a credere che l'oppio arresta lo sviluppo intellettuale sono mal fondati. Ad una età più avanzata, cioè verso sette o otto anni, si unirà al regime precedente l'esercizio ginnastico; si faranno prendere i bagni di riviera, ed anche meglio i bagni di mare, e si abbandoneranno al nuoto. Se perdono il colorito e soffrono scarichi ventrali biliosi, si farà ritorno all'uso degli amari, e si prescriveranno alcune preparazioni ferruginose. Bisogna ben presto abituarli regolarmente, privarli dalle distrazioni, da' piaceri che non potrebbero prendere che a detrimento del loro sonno. Si vede dunque che tutti gli sforzi debbono tendere a fortificare la costituzione, a cambiare, a trasformare il temperamento linfatico degl'individui. Che dire della pratica comune de' medici i quali sotto il vano pretesto di un umore viziato che vogliono deviare o fissare allo esterno, applicano a tutti i fanciulli di una famiglia, sin dalla età la più tenera, un vescicante al braccio che portano spesso per moltissimi anni? Non potrebbesi, siccome l'osservava il Signor Louis, troppo consigliare una simile pratica, che la esperienza condanna, e che può, diminuendo le forze, alterare la costituzione e produrre risultati opposti a quelli che credono ottenere

DELLA MENINGITE TUBERCOLOSA O GRANULARE

La meningite tubercolosa ha per carattere anatomico costante la presenza delle granulazioni tubercolose nel tessuto cellulare sotto aracnoideo: essa determina durante la vita la serie degli accidenti che sin ora sono stati attribuiti allo idrocefalo acuto,

Storia. — La meningite tubercolosa in fatti altro non è che la malattia descritta da Whytt e Fothergill (1771), da Ludwig (1774) sotto il nome d'*idrocefalia interna o idropisia de' ventricoli del cervello*; dal Signor Sauvages sotto il nome di *eclampsia*. A questa bisogna pure riportare ciò che si è detto dello *idrocefalo acuto* e della *cefalite interna* da' signori Bricheteau, Brichet e Coindet; in fine le descrizioni del Signor Piorry sulla *irritazione encefalica de' fanciulli* (1822); del Signor Senn sulla *meningite acuta* della stessa età (1825), quelle più recenti del Signor Charpentier sulla *meningo-cefalite*, ed un gran numero di osservazioni contenute nel libro di Parent-Duchâtelet e Martinet si riportano manifestamente alla meningite tubercolosa. Però nessuno de' distinti osservatori de' quali è citati i lavori non aveva supposto la vera natura della malattia; in fatti gli uni non avevano veduto come carattere anatomico che il versamento sieroso, gli altri le tracce della meningite; però nessuno aveva avuto il pensiero che esistesse altro che la infiammazione, ed indipendentemente da essa, un elemento essenziale che potesse costituire per se solo tutta la malattia e che altro non è che lo infiltramento della materia tubercolosa nel tessuto cellulare sotto aracnoideo. Se è vero che Willis abbia, nel 1682, nella sua opera *de Anima brutorum* fatto menzione di quest'alterazione delle meningi; se non cade dubbio che quasi tutti gli autori i quali anno trattato dell'idrocefalo acuto abbiano indicato le granulazioni delle meningi, bisogna non per tanto conoscere che essi non attaccano a questa lesione che una debbole importanza, e che nessuno di essi aveva conosciuto la vera natura della malattia. Ma prima dell'anno 1823 un medico di vasta esperienza, il Signor Guersant, colpito dal perchè quasi tutti i fanciulli che morivano per meningite con versamento ne' ventricoli presentavano delle *granulazioni particolari* nelle meningi, e de' tubercoli ne' polmoni o ne' gangli bronchiali, aveva sin d'allora considerati questi fanciulli idrocefali siccome etici che morivano pel cervello: separando allora questa meningite dalla meningite semplice, egli la indicò nelle sue lezioni cliniche sotto il nome di *meningite granulata*. A questo punto si fermò Guersant, il quale dopo aver dato un buon impulso agli studi ed ispirato in qualche modo i lavori degli altri, non scovrì però la natura tubercolosa della malattia. Quest' onore ridondò tutto intiero agl' interni che dopo diciotto anni si son succeduti all' ospedale de' fanciulli. Il primo è il Signor Papavoine il quale, nelle due osservazioni ch' egli pubblicò nel 1830, nel *journal hebdomadaire*, stabilì che le granulazioni meningee altro non erano che tubercoli miliari; notò pure la loro coincidenza co' tubercoli nei diversi altri organi. Però questi fatti erano stati poco osservati quando comparvero due importanti lavori dovuti a due distin-

tissimi uomini, il Signor Gerhard (*American journal* avril 1834) ed il Signor Rulz (*Archives* 1833, e *Thèse de Paris*; 1835) lavori i quali fissarono vivamente l'attenzione, e consacrarono alla malattia il nome di *meningite tubercolosa*. Queste prime ricerche furono tosto seguite da molti altri, pure distinti per lo spirito di osservazione che li distingue: tali sono specialmente quelle del Signor Green in Inghilterra (1836), quelle del Signor Piet (*Thèse de* 1837) la monografia del Signor Becquerel (1838) e gli articoli che hanno pubblicati sulla malattia di cui parliamo il Signor Guersant nel *Dictionnaire de médecine*, i signori Barrier, Rilliet e Barthéz ne' loro trattati delle malattie della infanzia, il Signor Legendre, nelle sue *Recherches anatomico-pathologique*. Però la meningite tubercolosa, che non era stata indicata da' precedenti osservatori che ne' fanciulli, fu ancora rinvenuta cogli stessi caratteri negli adulti. Questa novella scoperta è dovuta al Signor Lediberder, oggi medico distinto a Lorient, le cui osservazioni registrate nella sua tesi inaugurale (1837) furono commentate e disposte in un ordine convenevole dal Signor Valleix, il quale compose con esse un articolo pieno d'interesse inserito nel primo numero degli *Archives générales de médecine pour l'année* 1833.

Anatomia patologica. — Negli individui che muoiono per una meningite granulata, si trova quasi sempre l'aracnoide levigata, trasparente, libera da aderenze; qualche volta essa è un poco pastosa e si attacca al dito. Lo strato viscerale può essere leggermente sollevato quando lo infiltramento sieroso sotto aracnoideo è molto; può anche esistere una quantità anormale di siero ne' ventricoli; le parti bianche centrali possono essere ammolite; però tutte queste lesioni sono puramente accessorie. Il versamento ventricolare istesso, sì lungo tempo considerato siccome causa di tutti i disordini funzionali, non esiste, secondo le ricerche del Signor Piet, che nella metà de' casi, e soltanto in un ottavo degl'individui circa si è trovato in tale quantità per poter spiegare i sintomi di compressione. La pia madre, ch'è il focolaro della malattia, è ordinariamente zeppa di sangue, infiltrata di siero, ed il più delle volte ancora di una materia plastica e pus condensato: vi si osservano poi a preferenza le piccole granulazioni, i corpicciuoli piani o rotondi, grossi come un granello di sabbia o di miglio; i più piccoli sono biancastri, qualche volta grigiastri, semi trasparenti; i più grossi prendono una tinta verdastra e giallastra, ed hanno tutte le apparenze della materia tubercolosa; essi sono bernocoluti friabili come essa; il loro numero è variabilissimo; però di rado ve ne sono più di venti o trenta. Si trovano qualche volta alla superficie delle circonvoluzioni, ma più spesso nelle anfrattuosità che le separano; la loro sede prediletta è nelle scissure di

Silvio, lungo le arterie cerebrali medie, intorno alle quali sono disposti come piccoli rosari; o pure sono disseminati intorno alla protuberanza ed a' peduncoli cerebrali. Il tessuto della pia madre nella profondità delle scissure di Silvio è spessito, indurato, come fibroso difficile a rompersi, ed aderente intimamente a' vasi che allaccia; si unisce pure spessissimo colla sua faccia interna alla sostanza corticale, la quale è qualche volta rossa, violacea, disseminata di punti rossi e più o meno ammolita. Quest' alterazione si estende pure sino alla protuberanza annulare (Guersant. Le lesioni infiammatorie della pia madre occupano il più delle volte la base. Ne' fanciulli morti per meningite granulata, si trovano i tubercoli ne' diversi organi della economia, specialmente ne' gangli bronchici e ne' polmoni. Questi prodotti vi esistono a diversi gradi di sviluppo; essi sono quasi sempre più avanzati di quelli della pia madre, e tutto porta a credere che siano antecedenti a questi.

Le alterazioni non differiscono sensibilmente ne' fanciulli e negli adulti. In questi ultimi, le granulazioni hanno la stessa sede di predilezione nella scissura di Silvio; ci son sembrate solamente alquanto più grosse che ne' fanciulli; in fatti molte hanno il volume di un pisello; sono allora giallastre e friabili come i tubercoli crudi. A questo livello, la sostanza corticale è iniettata, ammolita in un terzo de' casi; in fine su tutti gl' individui si trovano i tubercoli polmonali per lo più allo stato miliare.

Divisioni. — Allo esempio del Signor Geursant, ammetteremo tre periodi nello studio sintomatico della meningite granulata regolare. Questi periodi non sono fondati solamente come quelli che Whytt avea stabiliti dietro la considerazione dei cambiamenti offerti dal polso, ma pure pel corso progressivo degli altri sintomi.

Sintomi, corso. — Nella maggior parte de' casi, la malattia à uno sviluppo molto hrusco; essa si manifesta qualche volta negl' individui già malati e che presentano i segni di una tubercolosi generale o parziale, o pure la malattia sviluppati ne' fanciulli ben portanti o la cui salute è poco alterata. Questo caso sarebbe, secondo il Signor Legendre, il più comune de' due. Checchè ne sia, lo sviluppo della malattia è indicato generalmente da tre sintomi predominanti, che sono: la *cefalalgia*, i *vomiti* e la *costipazione*.

Tutti i fanciulli in età di esprimere le loro sensazioni provano una cefalalgia quasi sempre frontale, e che altri riportano al sincipite o alle regioni temporali. Questo dolore è continuo, soggetto a' raddoppiamenti di breve durata, ma molto violento per strappare gli urli. I movimenti del tronco e la impressione di una viva luce esacerbano quasi sempre le sofferenze.

Più di quattro quinti di questi ammalati hanno vomiti che variano molto sotto il rapporto della loro abbondanza e della loro qualità; gli uni sono unicamente formati da alimenti e da bevande, gli altri sono costituiti da un liquido muco-bilioso, alcuni lo sono da un muco o dalla bile pura (Barrier). Questi vomiti si accompagnano sempre ad anoressia, ma non avviesse, e la lingua è umida e regolare. La costipazione è forse ancora più costante de' vomiti. In fatti risulta dagli ottantasette casi analizzati dal Signor Barrier che questo sintomo non è mancato che sette volte. A questi fenomeni quasi essenziali, se ne uniscono ancora alcuni altri; quindi il fanciullo è agitato o abbattuto; manda di tempo in tempo que' gridi acuti que' *gridi di testa*, che Coindet à chiamato idrocefalici, e che forse sono determinati dal raddoppiamento del dolore. Dopo questi gridi, il fanciullo ricade, in generale, in uno stato di sonnolenza, la sua fisionomia, abitualmente pallida, ma che qualche volta si colora ad un tratto, esprime la sofferenza ed il cattivo umore. Le sopracciglia sono inarcate e le palpebre abitualmente chiuse, a causa della impressione penosa che la luce produce; quindi allorchè si cerca di allontanare questi veli, si prova della resistenza. Lo stato delle pupille è variabilissimo; in fatti ora sono dilatate, ora contratte, altre volte agitate da grandissime oscillazioni. In questo primo periodo, i fanciulli schricchiolano i denti e masticano come se avessero gli alimenti nella loro bocca; molti hanno strabismo, movimenti convulsivi ne' muscoli della faccia, sussulti ne' tendini. Il polso, variabile, in generale è più frequente; qualche volta alquanto irregolare, come della respirazione. Il calore generale è alquanto elevato, e la sensibilità cutanea qualche volta leggermente esaltata. Tale è il primo periodo della meningite granulosa.

Il secondo periodo della malattia è indicato dal raddoppiamento de' sintomi nervosi. Però alcune volte si osserva tra i due periodi una notevole remittenza ed anche una completa sospensione di tutti i fenomeni morbosi, ciò che può indurre in errore i medici più sperimentati, e loro far credere all'esito di una malattia che pertanto tosto raddoppia di violenza. A questo periodo la cefalalgia si fa più viva, e dopo ciascun raddoppiamento, gli ammalati cadono in un coma poco profondo. Se dopo averli svegliati si giunge a cavarli dallo stato di torpore nel quale sono immersi, ed interrogarli, rispondono, dice il Signor Guersant, colla stupidità di un ubriaco o di un idiota; essi parlano lentamente, a monosillabi che trovano a stento, e ricadono tosto nella sonnolenza. La vista è indebolita, qualche volta perduta; lo strabismo è più specchiato; le pupille sono quasi nello stesso stato del periodo precedente; l'udito si conserva quasi sempre o poco ottuso; non pe-

rò (o) della sensibilità cutanea, che trovasi quasi sempre ottusa da pertutto o solo in una metà del corpo. Si osservano pure, specialmente ne' ragazzetti, le convulsioni cloniche, raramente generali, quasi sempre limitate in alcune parti del corpo; più spesso esiste la contrattura; questa si osserva specialmente alle membra superiori, le quali sono rigide e semipiegate, o pure occupa i muscoli della parte posteriore del tronco, il che produce il rovesciamento della testa indietro e la rigidità del collo. Uno de' caratteri più distinti di questo periodo è la lentezza e la irregolarità del polso; la respirazione è pure meno frequente, ma di sospiro ed irregolare. Il calore generale è spesso piacevole, anche alla testa. I vomiti sono quasi sempre cessati, ma la costipazione dura colla stessa ostinazione e resiste a' purganti violenti; la deglutizione, ordinariamente libera, comincia qualche volta ad esser difficile, le urine non presentano niente di notevole, malgrado l'assertiva contraria di Coindet, il quale le aveva indicate siccome sedimentose.

A questo periodo esistono d'ordinario recrudescenze durante le quali lo ammalato si agita e si divaga, senza uscire dal suo stato di sonnolezza; ma questo delirio, che esiste ne' due terzi de' ragazzi, è di rado rumoroso, anche negli adulti (Guersant). Durante questi raddoppiamenti, la faccia si anima, il calore si eleva; il polso acquista più frequenza. Queste crisi ritornano ordinariamente in modo regolare, possono esserne molte nel giorno e nella notte, ma spesso non avviene che una o due nel corso delle ventiquattr' ore, esse si mostrano allora periodicamente: una specie di stato apoplettico loro succede.

Al terzo periodo della malattia, il fanciullo cessa di delirare; niente può trarlo dallo stato comatoso in cui è immerso; la sensibilità è molto alterata e più spesso abolita; lo stesso dicasi della vista; il più delle volte l'udito dura ancora. Esiste la contrattura nelle membra, specialmente superiori; questa è permanente, o pure alterna colla risoluzione di tutti i muscoli o di quelli della metà del corpo; coesiste spesso col trisma e la rigidezza del collo. Spesso si manifestano i movimenti convulsivi che simulano ordinariamente la forma tetanica: queste convulsioni si ripetono ad intervalli più o meno vicini; anno luogo quasi sempre spontaneamente, qualche volta dopo aver leggermente mosso il ragazzo: nel loro intervallo, lo ammalato è in uno stato di completa risoluzione. In quest'ultimo periodo della malattia, le pupille sono dilatate ed immobili, le cornee sono appassite, le palpebre abbassate e semi chiuse; la deglutizione quasi sempre difficile; il polso generalmente di una grande frequenza senza alcuna irregolarità, come anche la respirazione; i parossismi febbrili si ravvicinano e non offrono più niente di regolare ne' loro ritorni. La faccia si altera; si osser-

va specialmente, e quasi da un giorno all' altro, un dimagrimento manifesto specialmente alla faccia, e che non sta in rapporto colla durata della malattia. Il corpo si cove di sudori vischiosi; in fine la morte à luogo quasi sempre lentamente, altre volte bruscamente in mezzo ad un accesso di eclampsia.

Durata, esito. — La durata della meningite granulata offre grandi variazioni; però bisogna conchiudere da' rapporti riuniti de' signori Green, Becquerel e Barrier, che, ne' tre quarti de' casi, essa termina nel corso de' due primi settenari, e soltanto in un decimo degli individui oltrepassa il ventunesimo giorno. Altre volte, il Signor Guersant à veduto gli ammalati perire in due o tre giorni. In questi casi, rarissimi d' altronde, i fanciulli muoiono violentemente negli accessi convulsivi.

La durata di ciascun periodo non è meno variabile; così in alcuni individui siccome l'osserva il Signor Barrier, il primo periodo dura un giorno; in altri si prolunga per dieci o quindici; avviene lo stesso de' due altri periodi, i quali possono mancare o durare molte ore, o prolungarsi per lo spazio di un settenario.

Cade gran dubbio che la meningite granulata potesse terminare altrimenti che con la morte. I casi di guarigione che avrebbero avuto luogo durante il primo periodo sembrano dubbj; oltre a chè crediamo, col Signor Guersant, che appartengono piuttosto alla meningite semplice. Nel secondo periodo, dove il dubbio non è possibile, il dotto medico, del quale invoco in questo luogo la vasta esperienza, à veduto guarire appena un fanciullo su cento, e questi sono morti più tardi o per la stessa malattia acuta o per una eticia polmonale. In quanto agli ammalati che toccano il terzo periodo, il signor Guersant, e nessuno io credo, non à veduto guarire alcuno e nè meno ristabilirsi momentaneamente.

Forme, varietà. — La meningite granulata non si presenta sempre sotto la stesa forma; in fatti oltre qualche volta delle irregolarità che sono state descritte perfettamente dal Signor Guersant. Così, però di rado, la presenza de' tubercoli nelle meningi non risveglia alcun disturbo; poi gli accidenti si manifestano di botto in mezzo alla salute più florida in apparenza, ed uccidono rapidamente gli ammalati; o pure il fanciullo si dimagra, si ammiserisce, presenta tutti i sintomi della diatesi e della cachessia tubercolosa senza sintomi nervosi, quantunque esistono i tubercoli delle meningi, siccome lo dimostra l' autopsia quando questi esseri sono uccisi da una malattia intercorrente. Questo stato latente è rarissimo, mentre vedremo or ora essere cosa comunissima che i tubercoli i quali occupano la sostanza cerebrale non si manifestano mediante alcun disturbo funzionale.

Certi fanciulli avendo delle granulazioni meningee provano di tempo in tempo i sintomi cerebrali, come la cefalalgia sotto orbitale violenta, assopimento accompagnato o pur no da vomiti, accidenti i quali, dopo una variabile durata, si dissipano, per ritornare ad intervalli più o meno lontani (uno o molti mesi, ed anche molti anni); in fine dopo una di queste crisi si veggono persistere gli accidenti e la malattia caratterizzarsi.

Il Signor Legendre à insistito in un lavoro più di quello era stato fatto prima di lui sulla differente fisionomia che affettava la meningite tubercolosa, secondo che essa avea luogo nel corso di un'apparente salute buona, o pure in quelli che già offrivano i segni della tubercolosi. In fatti ne' primi, la malattia si distingue per la regolarità del suo corso, mentre che negli altri offre moltissime irregolarità sotto il rapporto del suo sviluppo, del suo corso e della sua durata.

Meningite granulata degli adulti. — Leggendo la perfetta descrizione che i signori Lediberder e Valleix anno data della meningite degli adulti, si trova la stessa serie di sintomi che ne' ragazzi; quindi come in questi ultimi, si è osservato una cefalalgia violenta, continua, con vomiti ostinati e costipazione. La faccia, alternativamente pallida e rossa, presenta dapprima lo stupore, poi è priva di qualunque espressione, come negl' idioti. Nella stessa epoca, si manifesta l'agitazione, la sensibilità generale si esalta, gli ammalati sono indifferenti a tutto ciò che li circonda, sono divagati; alcuni mandano gridi penetranti idrencesalici; in fine cadono nella sonnolenza, nel coma, e periscono dopo aver presentato la contrattura ed i fenomeni di paralisi, circoscritta in generale alla metà del corpo o soltanto ad alcuni muscoli. La sola differenza che sembra esistere tra la meningite granulata de' fanciulli e quella degli adulti, è che in questi la circolazione non offre le variazioni che abbiamo notate ne' primi; quindi il polso al principio à poca frequenza, eccetto negli ultimi tempi della malattia. Solamente a quest'epoca il calore della pelle si eleva. La meningite granulata, che abbiamo veduto svilupparsi ne' ragazzi in mezzo a tutte le apparenze della salute, non si manifesta affatto negli adulti, se non in quelli che soffrono da lungo tempo, e presentano i segni razionali ed i segni fisici de' tubercoli polmonali. Cosa degna di attenzione, succede spesso che a misura che i sintomi acuti si sviluppano per parte del cervello, gli accidenti toracici diminuiscono.

Diagnosi. — La meningite semplice è la malattia che potrebbe confondersi colla granulata; ma paragonando gli accidenti, i fenomeni dello sviluppo, ed il corso delle due malattie, si potrà quasi sempre stabilire la diagnosi differenziale in modo preciso. Così relativamente agli antecedenti, la meningite granulata, specialmente quella che affetta gli adulti, si manifesta in in-

dividui che soffrono da molto tempo e presentano alcuni segni razionali o fisici de'tubercoli. Quantunque al rigore una meningite semplice potesse anche colpire gli etici, questo caso è rarissimo, avuto riguardo specialmente alla frequenza della meningite granulata. Quindi dunque, allorchè si vedranno in un tubercoloso i sintomi cerebrali che indicano una flemmasia meningea, bisognerà esser propensi a volerli piuttosto rannodare ad un infiltramento tubercoloso della pia madre anzichè ad una infiammazione pura di questa membrana o dell'aracnoide.

La cefalalgia, i vomiti, la costipazione, l'agitazione, il delirio il coma, la paralisi e la contrattura, sono sintomi comuni alle due malattie; però non si mostrano nello stesso ordine, e non si associano tra essi nello stesso modo. Quindi, nella meningite semplice, i sintomi dello sviluppo si manifestano più specchiatamente; per esempio la cefalalgia è più viva, ma è quasi continua e non offre quelle esacerbazioni violenti che osservansi nella meningite granulata e che strappano que' gridi idrencefalici agli ammalati. I fenomeni di eccitamento sono anche più intensi, più precoci, ed il delirio è comunemente violento, mentre nella meningite granulata è ordinariamente calmo: spesso ancora la intelligenza è conservata, ma essa è in uno stato di torpore. La fisionomia perde qualunque espressione, ed il volto presenta delle alternative di pallore e di arrossimento, ciò che non osservasi nell'altra malattia. La febbre che è costante allo sviluppo della prima, può mancare o essere quasi negativa nella seconda; si osservano in oltre notabilissime irregolarità nel polso, che non si osservano che eccezionalmente nella meningite semplice, o almeno non hanno luogo che pochi momenti prima della morte. Di più il corso della meningite semplice è rapido, e si aggrava in modo crescente e termina rapidamente, mentre che la meningite granulata è rimarcabile pel suo corso lento, irregolare, che presenta delle alternative in bene ed in male, ed offre in oltre delle esacerbazioni qualche volta regolari, ciò che non esiste nella prima. In fine, l'esame del sangue può anche aiutare la diagnosi: quindi il Signor Andral à osservato che, in un caso d'infiltramento tubercoloso della pia madre che simula una meningite, la febrina era rimasta ne' limiti del suo stato fisiologico; mentre sappiamo che questa sostanza aumenta sempre nelle flemmasie, qualunque sia la loro sede. Tali sono gli elementi su i quali bisognerà appoggiarsi per distinguere la meningite granulata dalla meningite semplice. Osserviamo però dando termine, siccome lo à praticato prima di noi, il Signor Guersant, che messi da banda gli accidenti, i quali sono differentissimi prima dello sviluppo del primo periodo e ad eccezione dello stato del sangue, queste specie vicine di malattie non si distinguono realmente l'una dall'altra per fenomeni positivi ma

piuttosto con caratteri negativi, che pel loro paragone stabiliscono ciò non pertanto dalle differenze abbastanza specchiate nello insieme del quadro, perchè fosse facile distinguerle il più delle volte. Conveniamo però, coll'abile pratico, dal quale prendo questo linguaggio, che la diagnosi differenziale tra queste due specie di meningiti è qualche volta impossibile, specialmente quando le due malattie sviluppano istantaneamente senza alcuna specie di antecedenti.

La diagnosi della meningite tubercolosa con una febbre tifoidea sarà facilmente stabilita; poichè nella prima non si troverà la epistassi, la diarrea, il meteorismo, lo sviluppo della milza, la febbre intensa, la sete, l'aridità della lingua, e più tardi la eruzione di macchie rosse lenticolari.

Pronostico. — Da quel che abbiamo detto torna inutile insistere per provare quanto la meningite tubercolosa sia grave; in fatti tutto porta a pensare ch'essa sia incurabile: quindi i signori Ruz, Gerhard, Guersant, Piet, Becquerel, Lediberder, Barrier, Rilliet e Barthez non hanno osservato alcun caso di guarigione, e non se ne trova alcuno che fosse autentico.

Etiologia. — La meningite granulata è prodotta dalla stessa diatesi che presiede allo sviluppo de' tubercoli negli altri organi; quindi è cosa evidente che le cause che passeremo sott'occhio non possono per se sole determinare la malattia ma bisogna considerarle solamente siccome eccitanti la diatesi a portare i suoi effetti sulle meningi, o a far sì che i tubercoli primitivamente sviluppati ed esistenti nello stato affatto latente si mostrino con disturbi gravi.

La meningite tubercolosa può mostrarsi in tutti i periodi della vita. Però i fatti hanno provato che questa malattia, quasi sconosciuta ne' vecchi, rara nell'età adulta, era più speciale dei fanciulli, e che colpiva specialmente nel periodo di sei a otto anni (Piet), o in quello di sei a dieci secondo i signori Rilliet e Barthez. La malattia è rara ne' due primi anni della vita; però si è osservata qualche volta ne' fanciulli di cinque a sei mesi (Blache). Nulla si conosce sulla influenza del sesso. Alcuni fatti tenderebbero però a far credere che i ragazzi sono colpiti più spesso delle ragazze. La malattia può essere ereditaria nello stesso modo delle altre malattie tubercolose. La meningite granulata si manifesta qualche volta in seguito di una febbre eruttiva. Gli autori hanno ammesso anche la influenza di cause la cui azione è negativa o almeno dubbia; quindi si accusa il lavoro della dentizione, però a torto, poichè siccome l'osserva il Signor Piet, la malattia presenta il suo minimo di frequenza al momento della evoluzione de' primi denti. I vermi intestinali non hanno parte allo sviluppo della malattia; perchè nota il Signor Guersant, gli ascaridi lombricoidi non sono più comuni

ne' fanciulli morti per meningite granulata che in quelli che periscono per qualunque altra malattia. Quasi sempre la malattia meningea à uno sviluppo spontaneo; però alcune volte certe cause fisiche, come un colpo, l'insolamento prolungato, pare che abbiano determinato la malattia. Ma supponendo che allora non vi sia stata che semplice coincidenza, crediamo, col Signor Guer-sant, che tutte le cause fisiche di qualunque natura esse siano non ànno che un effetto secondario, e sono appena occasionali. La causa prima della malattia è evidentemente affatto organica. I signori Piet, Rilliet e Barthez ànno osservato il maggior numero delle meningiti granulose nel mese di marzo.

Alcuni àn cercato di rannodare i tubercoli alla flemmasia del cervello, e li ànno considerati come la conseguenza di questo lavoro morboso. Ma quando si considera il volume delle granulazioni e la breve durata degli accidenti cerebrali, si conosce che questa opinione è poco probabile. Aggiungiamo che alcuni individui i quali sono morti non presentano che granulazioni e non meningite. È dunque ragionevol cosa ammettere che i tubercoli sono più o meno anteriori alla flemmasia.

Cura. — Non possiamo parlare della cura che per proclamare la quasi impotenza: quindi è che ànno vanamente impiegato gli antiflogistici su tutte le forme, i rivellenti cutanei, i purganti, gli alteranti, e specialmente il mercurio allo interno; le applicazioni fredde, ghiacciate sulla testa; i bagni, le aspersioni. Questi mezzi sono stati costantemente inutili in modo che sarebbe necessario sperimentare qualche altro metodo terapeutico. Attendendo, diciamo che tutti i mezzi che abbiamo enumerati, quelli che son sembrati sollevare e calmare gli accidenti sono: 1°. le sanguisughe applicate ai processi mastoidei o anche meglio nelle narici al numero di 1 o 2; 2°. l'unguento mercuriale sotto forma di frizioni sulla testa e sul collo; 3°. il calomelano a dose rifratta (5 centigramme in 15 o 20 cartelline); poi un largo vescicante sul cranio.

DE' TUBERCOLI DEL CERVELLO

I tubercoli del cervello, vagamente indicati dagli osservatori della fine dell'ultimo secolo, non sono stati convenevolmente descritti che da' nostri contemporanei. Faremo parola specialmente delle ricerche del Signor Mèrat nel *Journal de Corvisart*; quelle più recenti de' signori Lèveillé (thèse 1824), Tonnelé (*Journal hebdomadaire*, 1829), Larcher (thèse 1832), Constant (*Gazette médicale* 1835), Becquerel (thèse 1840) Rilliet e Barthez, come pure molte osservazioni piene d'interesse pubblicate dal Signor Béhier ne' *Bullettini della Società anatomo-*

mica. In fine il Signor Andral, nel tomo quinto della sua *Clinique*, ed il Signor Calmeil, nell'undecimo volume del *Dictionnaire de médecine*, hanno presentato delle considerazioni importanti su i tubercoli del cervello dietro l'analisi di un certo numero di osservazioni.

Anatomia patologica. — Il tubercolo giallo crudo è la forma che osservasi più spesso nel cervello. Esiste qualche volta nello stato miliare, o pure acquista lo sviluppo di un'avellana. Qualche volta si trovano delle masse che hanno il volume di un uovo, ed anche della metà del pugno di un adulto, ciò che risulta comunemente dalla riunione di molti tubercoli; in questo caso, tali prodotti sono irregolari e scabrosi alla loro superficie, mentre che quelli i quali hanno un piccolo volume sono rotondi o ovoidi. I primi sarebbero in oltre rimarcabili, secondo i signori Rilliet e Barthez, per la loro disposizione a strati concentrici e per una tinta verdastria affatto particolare. Questo colorito è in fatti quasi speciale a' tubercoli de' centri nervosi; ma non si osserva affatto che in que' prodotti di antica data e che hanno già acquistato un certo volume. Del resto, lo stesso tubercolo può offrire molti coloriti, quindi può essere giallo, verde o grigio, secondo che si esamina al suo centro o alla periferia.

I tubercoli cerebrali possono presentare tutti i gradi di consistenza che abbiamo indicati trattando de' tubercoli in generale; ma più rari che altrove offrono la degenerazione cretacea. Il loro numero è variabilissimo; ora non avviene che uno o due, altra volta una dozzina, ma è rara cosa contarne più di venti. In generale sono meno numerosi nel cervello che nelle meningi.

Alcune opinioni contraddittorie sono state emesse sulla sede più comune de' tubercoli encefalici, ma non tenendo alcun conto delle assertive, ecco a quali conclusioni è arrivato il Signor Andral, dopo avere analizzato un gran numero di particolari osservazioni. I tubercoli, dice questo professore, sono molto più frequenti negli emisferi cerebrali che in qualunque altra parte de' centri nervosi; occupano indifferentemente la sostanza corticale e la midollare; qualche volta sembrano interposti tra esse, e torna difficile dire alla quale essi appartengono. I punti che dopo gli emisferi sono più affetti da' tubercoli sono il cervelletto, lo strato ottico, il corpo striato, il corpo pituitario, la comessura de' strati ottici. Questi risultati sono molto conformi a quelli trovati da' signori Rilliet e Barthez.

È cosa costante che molti tubercoli cerebrali sono immediatamente in contatto colla sostanza cerebrale; altri sono isolati da una cisti estremamente sottile, molto aderente al tubercolo, e nella quale si distinguono qualche volte due fogliette. S' ignora

in quale proporzione i tubercoli chiusi nelle cisti esistono per rapporto agli altri.

La sostanza cerebrale che circonda i tubercoli può essere perfettamente intatta, o pure iniettata; altre volte è ammolita, e più raramente indurata. Se il tubercolo arriva alla superficie può suscitare una infiammazione adesiva tra i due strati dell'aracnoide. Le membrane possono anche essere invase, e qualche volta lo stesso tessuto osseo può essere distrutto. Quando i tubercoli sono situati un poco profondamente, e quando hanno acquistato un certo volume, aumentano le dimensioni dell'emisfero corrispondente; le cui circonvoluzioni sono appianate e quasi cancellate. Di simili masse tubercolose sono state pure vedute al centro di un emisfero, e comprimere i ventricoli, e passando la linea mediana, agire sullo emisfero opposto in modo a produrre l'atrofia di una di queste parti, siccome ne à riportato un esempio il laborioso e compianto osservatore Constant. Ricorderemo pure in questo luogo che i tubercoli possono essere una causa d'infiltramento e di versamenti sierosi, qualche volta considerabili, quando sono collocati in modo da comprimere le vene, o il seno principale o pure il quarto ventricolo o il condotto di Silvio (vedi tomo 1. l'articolo *Idrocefalo cronico*). Questi versamenti sierosi sono determinati specialmente da' tubercoli del cervelletto, il quale in ragione della loro sede comprimono spessissimo il seno destro e le vene di Galeno. Quindi su tredici esempi d'idrocefalie raccolti da' signori Barthiez e Rilliet, e riportati in diverse raccolte, undeci volte i tubercoli avevano sede nel cervelletto.

Sintomi, corso. — Siccome tutti i tumori intercranei, i tubercoli cerebrali possono esistere nello stato affatto latente, e non manifestarsi per lungo tempo con alcun disturbo funzionale manifesto. Però quasi sempre si osservano diversi accidenti perfettamente descritti dal Signor Calmeil:

Secondo quest'abile osservatore, del quale amiamo citare sempre la testimonianza, quasi tutti gli ammalati cominciano dal provare una cefalalgia la cui sede non è in rapporto ordinario con quello dell'alterazione. Questo dolore, ordinariamente vivo e continuo va soggetto a raddoppiamenti irregolari la cui violenza strappa spesso de' gridi, e forza gl'individui a rimanere immobili nel loro letto; si accompagna in alcuni da abattiti incomodi, vertigini, offuscamenti, deliquie ed una moltitudine di sensazioni più o meno penose. Gl'individui presentano quasi nello stesso tempo diversi cambiamenti nel loro carattere e nel loro umore, addiventano tristi, inquieti. Nel quarto degl'individui, dice il Signor Calmeil, si osservano movimenti convulsivi ora parziali, limitati, per esempio, ad una metà del corpo o ad un membro

più spesso generali, e di forma epilettica. Queste convulsioni, che si ripetono ad intervalli più o meno lontani, sono qualche volta il solo accidente che producono, almeno per qualche tempo, i tubercoli cerebrali. Non avvi alcun rapporto certo tra il lato del corpo verso il quale si manifestano i fenomeni convulsivi e la parte del cervello che contiene il prodotto morboso: non però succede del pari della paralisi la quale si sviluppa in seguito della impressione diretta che il tubercolo esercita sulla polpa cerebrale nè delle lesioni consecutive, come lo ammollemento che determina. Oltre a che la paralisi è un accidente che manca frequentemente e che si mostra di rado come sintomo primitivo. Il Signor Calmeil osserva in oltre che essa è raramente completa; che nella maggior parte de' casi, i movimenti sono meno perfetti, meno estesi, ma non completamente aboliti. La paralisi completa che osservasi negli ultimi giorni della malattia è occasionata d'ordinario da una encefalite locale o da un ammollemento. Più spesso forse delle altre lesioni organiche dello encefalo, i tubercoli cerebrali producono la paralisi.

Il Signor Calmeil ha notato i disturbi della sensibilità sopra più del terzo degli ammalati: questi disturbi esistevano sulla pelle o in alcuni de' sensi. Quindi la sensibilità cutanea era esaltata, abbattuta o estinta in un decimo degl' individui; l' udito ora perduto o meno fino nella stessa proporzione, la vista abolita, oscura o doppia in un quinto degli ammalati, che in oltre erano colpiti da strabismo una volta su cinque. Ad un' epoca avanzata della malattia la intelligenza, che di rado è alterata allo sviluppo, salvo i cambiamenti di umore che abbiamo notati poco fa, si perverte più o meno; quindi il sesto degl' individui presentano degli accessi di stupore durante i quali le facoltà intellettuali e morali provano un violento attacco momentaneo; un quarto anno un delirio, un terzo il coma alcuni giorni prima della morte (Calmeil). I sintomi generali sono variabilissimi; è spesso difficile determinare quelli che appartengono alla lesione dello encefalo, a causa della coesistenza di questa con qualche altra malattia, e specialmente co' tubercoli polmonali ed intestinali; così tutti gli ammalati sono pallidi, deboli, e spassati; quasi tutti però continuano a mangiare e digeriscono bene; solamente si osserva di tempo in tempo in questi tali vomiti coincidenti quasi sempre colle crisi di dolori di testa.

Gli individui colpiti da tubercoli generali possono perire violentemente in mezzo di un accesso convulsivo.

Torna impossibile dire quale sia esattamente la durata della malattia, perchè manca qualunque mezzo onde poter conoscere lo istante in cui il tubercolo si forma nello encefalo; però

contando dalla invasione degli accidenti cerebrali, si trova che la durata media della esistenza è di sei mesi; molti an vissuto quattro, cinque e sei anni; però ve ne sono di quelli che periscono in alcuni mesi ed anche in pochi giorni (Calmeil).

Diagnosi. — La diagnosi de' tubercoli cerebrali è difficilissima; non esiste nè anche alcun segno certo per conoscerli; però, paragonando gli accidenti che si osservano, e ravvicinandoli agli accidenti degl' individui, si può arrivare ad alcune probabilità; ciò è stato perfettamente stabilito dal Signor Calmeil. In un soggetto in cui non abbiamo quasi alcuna esperienza personale, non sapremo far di meglio che trascrivere le parole di questo distinto medico. Se lo ammalato scrofoloso, dic' egli, è al di sotto di venti anni, se porta degli ingorghi al collo, degli accessi alle membra; se offre i sintomi di una malattia tubercolosa de' polmoni; se è pallido, macilento, e se dopo aver sofferto mali violenti di testa, presenta durante i loro parossismi o le convulsioni, o i deliqui, o i vomiti, qualche volta tutti questi accidenti ad un tempo; se avvi strabismo, se prova incomodo ne' movimenti di un braccio, un principio di paralisi in un lato del corpo, che si dissipa per ritornare o progredire lentamente, bisogna temere della esistenza di uno o molti tubercoli nello encefalo. Crediamo dovere insistere specialmente sulla mancanza delle lesioni della intelligenza. Abbiamo senza dubbio indicato il delirio sopra un certo numero d' individui; ma questo sintomo non offre per così dire che una durata di circostanza quasi durante tutto il corso della malattia. La memoria, il giudizio, la facoltà di associare le idee come per lo passato, non ricevono alcun attacco, mentre che nelle altre lesioni organiche del cervello, i tumori acquistano, in generale, un volume considerabile, e le facoltà intellettuali corrono il rischio di subire un disturbo infinitamente più inquietante. Un' altra osservazione, che non può sfuggire ad un osservatore attento, è la rarità comparativa degli accessi convulsivi, che non si prolungano affatto, come nella encefalite locale, per molte ore, che non ritornano colla stessa violenza, che prendono meno spesso la forma del coma e della epilessia, in guisa che lo abbattimento, il mal di testa, la tendenza allo isolamento, il timore istintivo di un esito immediato e pericoloso, imprime allo accesso occasionato dalla presenza di un tubercolo del cervello il suo principale carattere. Quante volte un male atroce di testa, che assorbe notte e giorno l' attenzione ed il coraggio, che non permette a colui che lo soffre di pensare alle sue più care affezioni, che finisce per abbattere le forze, non costituisce forse per se solo il segno predominante nella espressione funzionale della malattia che noi studiamo! Ma guardiamoci di dimenticare che la diagnosi è circondata d'incer-

tezza; che la menoma complicazione malaticcia verso il cervello può dare un altro aspetto a' sintomi; che in generale la prudenza richiede che si stabilisca solamente una diagnosi approssimativa.

Pronostico. — Torua superfluo dire che la malattia è sempre incurabile.

Etiologia. — I tubercoli cerebrali sembrano essere un poco più comuni negl' individui di sesso maschile; non si è visto esempio prima de' due anni nè dopo i quarantacinque; più comuni nella infanzia che in un' altra età, da tre a dieci anni i fanciulli vi sono più esposti. I tubercoli cerebrali si sviluppano sotto la influenza delle stesse cause che presiedono allo sviluppo de' tubercoli negli altri organi.

Cura. — Nello stato attuale delle nostre conoscenze non possiamo proporre alcun metodo razionale: bisognerà opporsi agli accidenti predominanti: quindi se esistono segni di congestione cefalica, bisognerà ricorrere agli antiflogistici; si applicheranno uno o molti esutori al collo, nella intenzione di ritardare se si può i progressi de' tubercoli; disgraziatamente l' arte è sempre impotente. Contro i dolori atroci che tolgono qualunque riposo agli ammalati, bisogna opporre i vescicanti applicati sulla testa o alla base del cranio, e meglio ancora le preparazioni oppiate.

DELLA ETICIA POLMONALE

La parola *eticia*, di origine grega ($\phi\theta\eta$, *seccare*) è servito per lungo tempo ad indicare ogni stato di consunzione qualunque fosse la lesione che la produce. Si aggiungeva solamente un epiteto che esprimeva l' organo affetto, così si ammettevano le *eticie polmonale*, *laringea*, *epatica*, *intestinale*, *splenica*, *emorroidale*, ec. Più tardi si restrinse il senso della parola *eticia*, la quale venne applicata per indicare solamente la consunzione che risulta da un' alterazione cronica delle vie respiratorie (laringe, trachea e polmoni). Non ostante questo progresso apparente, il numero delle specie non fece che accrescersi ancora, perchè gli autori, avendo riguardo alle cause vere o supposte della malattia o alle sue complicazioni, ammisero sino a quattordici (Portal), sedici (Morton) e venti (Sauvages) specie di *eticia*. Bayle restringendo il numero a sei e rannodandole a delle lesioni distinte e materiali del polmone, rese un vero servizio. Però la sua classificazione era viziosa, perchè comprendeva sotto diversi nomi delle varietà di una stessa alterazione; quindi è che le *eticie tubercolosa*, *granulata*, *calcolosa*, non erano che forme dell' affezione tubercolosa. Oltre

a chè, Bayle ravvicinava delle lesioni dissimili che non avevano altro rapporto tra esse meno che di assalire lo stess' organo; tali erano la eticia ulcerosa e cancerigna. Penetrato da questi inconvenienti, Laënnec non riconobbe quasi alcun' altra causa di eticia che lo sviluppo di tubercoli ne' polmoni. Dico quasi, perchè l'illustre autore del *Trattato dell' ascoltazione*, ammetteva ancora la esistenza della *eticia nervosa*, e questo era un torto. Però non neghiamo che un disturbo violento e continuo può produrre uno stato di debolezza e di abbattimento; ma bisogna convenire che questa malattia è eccessivamente rara; oltre a chè non somiglia alla eticia tubercolosa che pel dimagramento che l'accompagna; sotto questo rapporto si potrebbe tutto al più ravvicinarla a moltissime malattie croniche meno che alla tubercolosi polmonale. Dunque con ragione i signori Louis e Andral hanno riserbato esclusivamente il nome di eticia per indicare una malattia nella quale il depauperamento è sintomatico della presenza de' tubercoli nel tessuto de' polmoni.

Storia. — Estremamente micidiale e sparsa in tutto il globo, la eticia polmonale ha fissato l'attenzione de' medici sin dai tempi più remoti. Ippocrate ne parla in molte parti delle sue opere; del pari che Galeno, Celso, Areteo, Ezio e moltissimi altri. La eticia polmonale è stata l'oggetto di moltissime ricerche, e la quantità de' trattati o articoli pubblicati su di essa, specialmente a contare dal principio del XVII. secolo, è veramente immenso. Non citeremo in questo luogo che le ricerche di Morton, quelle di Boerhaave e di Van Swieten, come pure il trattato di Baumes. Però spettano a' contemporanei tutti i progressi che ha fatti la storia della malattia sotto il triplice rapporto delle cause, dei sintomi e delle lesioni cadaveriche; nessuno ha preso più parte a questo movimento quanto Bayle, Laënnec, i signori Andral e Louis. L'opera preziosa che quest'ultimo ha pubblicato, e della quale ha data una novella edizione nel 1843, non solo ha dilucidato moltissimi punti oscuri, ma ha pure impresso agli studi medici una felice direzione popolarizzando questo possente metodo di osservazione del quale il Signor Louis è il glorioso creatore.

Anatomia patologica. Granulazioni grigie e tubercoli crudi. — La materia tubercolosa si presenta sotto differenti aspetti ne' polmoni, e determina diversi disordini. In un primo grado si trovano soltanto le granulazioni. A torto Bayle considerava questi corpi come vere cartilagini accidentali, e come costituenti il carattere anatomico della sua seconda specie di eticia ch'ei chiamava granulare. Le granulazioni miliari esistono in maggior o minor numero; in alcuni casi, il polmone è come crivellato ed infarcito in tutta la sua profondità; alcune volte non si trovano che in una parte dell'organo, quasi sempre alla sua sommità; esse sono isolate o riunite in gruppi separati dal tessuto

polmonale sano o leggermente infiltrato di siero. Però se esiste un certo numero di granulazioni grigie, si trovano di questi corpi, i quali incisi, offrono già al loro centro un punto giallo ed opaco, che s'ingrandisce vieppiù, ed invade finalmente alcuni di essi in tutta la loro spessezza; essi si schiacciano allora sotto il dito come un pezzo di formaggio o una castagna: è questo il tubercolo propriamente detto. Questo progresso nella lesione à luogo quasi sempre dal basso in alto: quindi dice il Signor Louis esaminando i polmoni dalla base alla somità, si trovano ordinariamente, nell'ordine seguente, le granulazioni grigie semi trasparenti, le granulazioni opache e giallastre allo interno, e finalmente le granulazioni di un bianco giallastro in tutta la loro spessezza, cioè perfettamente tubercolose. Queste sono d'ordinario le sole che esistono alla somità; quasi sempre è in questo punto che i tubercoli crudi sono più numerosi, più grossi e più avanzati nel loro sviluppo; il Signor Louis non à trovato che due eccezioni su i centoventitre casi di eticia ch'egli à analizzati nelle sue belle ricerche.

Ripetiamo quel che abbiamo detto più sopra parlando dei tubercoli in generale, che la granulazione grigia à il primo grado del tubercolo; non sapremo dunque ammettere tanto nel polmone, che altrove, che la granulazione miliare, sia una trasformazione di una concrezione sanguigna o di qualunque altro prodotto.

Ricorderemo che la materia grigia semi trasparente, in vece di essere sotto forma di granulazioni, può esistere in masse irregolari che possono sorpassare in volume un grosso uovo, masse in mezzo alle quali si distinguono de' punti miliari o affatto tubercolosi; questa trasformazione è presto o tardi completa. Ravvicineremo, alla materia grigia una sostanza gelatiniforme, semitrasparente, affatto omogenea, meno densa della precedente, rossastra o pallida, senza strottura distinta, che il Signor Louis non à mai incontrata che in quelli tubercolosi. Quest'osservatore sembra essere incerto sulla sua natura; però a noi pare essere, siccome lo pensava Lënnec, una varietà della materia grigia semitrasparente, che si trasforma più tardi in tubercoli miliari e giallastri.

Molto si è discusso sulla sede primitiva delle granulazioni nei polmoni. Così i signori Schroeder Kan der Kolv e Carevell le fanno nascere nelle vescichette polmonali; altri sostengono essere nel tessuto cellulare; il Signor Guillot, alla superficie o nella spessezza della mucosa delle ultime ramificazioni bronchiali; in fine il Signor Andral, e questa è l'opinione più probabile, crede che i tubercoli si formano indifferentemente, sia negli ultimi bronchi e nelle vescichette che loro succedono, sia nel tessuto interlobulare.

Torna difficile determinare il tempo necessario perchè le granulazioni grige acquistino il volume di un piccolo pisello, che è quello che presentano quasi sempre: però alcuni fatti di eticia acuta sembrano indicare, secondo il Signor Louis, che il loro sviluppo è qualche volta rapido, che esse possono raggiungere il volume di cui è parola in due o tre settimane. Da un'altra parte, è costante che possono essere ancora piccolissime per lungo tempo dopo il loro sviluppo: quindi il Signor Louis ha osservato molti individui i quali, tossendo incessantemente per molti anni, ed avendo sofferto molte emottisi, presentavano, come lesione unica del parenchima polmonale, delle granulazioni grige del volume indicato, ed anche molto meno grosse.

Il tubercolo formato si aumenta spingendo ed atrofiando il tessuto del polmone. Quando molte masse si riuniscono si trovano spesso al loro centro i tessuti primitivi appassiti, ma che ancora si riconoscono; non si vede quasi mai la materia tubercolosa circondata da una cisti. Presto o tardi i tubercoli si ammolliano, e questo ammolimento à luogo quasi sempre dal centro alla periferia, rarissimamente in senso inverso. Ad eccezione delle eticie acute, nelle quali si vede qualche volta lo ammolimento aver luogo quasi simultaneamente in tutte le masse tubercolose, in tutti gli altri casi circa, si conosce che questo cambiamento di stato si opera successivamente dalla sommità alla base.

Caverne. — I tubercoli ammoliti trasformati in pappagalatra o in materia puriforme, consumano, forano i tubi bronchiali circostanti e si evacuano allo esterno; in luogo del tubercolo esiste allora un incavo che chiamasi generalmente *caverna*. Queste cavità sono più o meno vaste; le più piccole potrebbero contenere un'avellana o una noce; le più grandi contrebbero il pugno di un adulto vigoroso; la maggior parte hanno presso a poco il volume di una mela o di un uovo di gallina; esse sono eguali; più o meno esattamente rotonde o pure irregolari ed anfrattuose. Queste risultano dalla comunicazione tra loro di un maggiore o minor numero di saccocchie vicine. La loro cavità è ordinariamente attraversata da imbrigliamenti, da prolungamenti i quali, qualche volta rotti ed appassiti, ondeggiano nel loro interno. Queste briglie, sulla natura delle quali molte opinioni sono state emesse, debbono essere considerate siccome formate il più delle volte, secondo la opinione di Laënnec, dal tessuto polmonale condensato ed infiltrato di materia tubercolosa; altre volte sono vasi quasi sempre chiusi, ma che non pertanto rimangono ancora permeabili al sangue, e possono, rompendosi, dar luogo alle emorragie; oltre a che queste sono gravi di rado il che dipende forse da ciò che il sangue, spandendosi nella caverna ed ivi coagulandosi, comprime le pareti ed agisce per conseguenza come emostatico.

Quasi mai queste briglie sono costituite da bronchi, perchè, come lo à notato Laënnec, il primo effetto dello sviluppo della materia tubercolosa è la scomparsa de' tubi aerei, non perchè questi siano trasformati in tubercoli, ma perchè subiscono una vera distruzione, opinione che le ricerche del Signor Louis anno pienamente confermata.

Gli scavi tubercolosi ànno quasi sempre le pareti forti, formate dal tessuto polmonale indurato, infiltrato da granulazioni e da tubercoli crudi o a diversi gradi di ammolimento. La faccia interna della caverna è tappezzata da una falsa membrana, la quale è molle e friabile negl' incavi recenti, densa, grigiastrea e quasi sempre cartilaginea in quelli antichi. Il Signor Louis dice ch'essa offre un mezzo millimetro di spessezza, ora più ora meno, ed è ordinariamente ricoperta da una membrana molto molle, giallastra o biancastra raramente continua ad essa stessa. Però spessissimo, o in un quarto de' casi secondo il Signor Louis, queste due membrane mancano affatto; allora il tessuto polmonale è allo scoperto.

Di rado le caverne sono vuote. Il Signor Louis non le à mai trovate tali prima della fine del terzo o al principio del quarto mese. Gl' incavi contengono quasi sempre un liquido di variabile natura. Questo è bianco-giallastro, e simile al pus nelle cavità recenti quando la massa tubercolosa ammolita non ancora è stata completamente evacuata. Più tardi, specialmente se le caverne sono anfrattuose, si trova un liquido grigiastro, verdastro, sporco, sanioso, ordinariamente senza odore, che qualche volta tramanda un odore infetto, simile a quello delle macerazioni anatomiche; quest' odore è affatto cangrenoso ne' casi in cui la caverna è accidentalmente colpita da mortificazione: Il Signor Louis trovò una volta in una di queste cavità, una materia fibrinosa, organizzata e formata forse dal sangue di un' antica emorragia. Lo stesso osservatore à pure trovato un'altra volta un frammento di polmone affatto separato, che aveva 32 millimetri di lunghezza su 20 di larghezza.

Le caverne tubercolose comunicano direttamente con uno o molti rami bronchiali distrutti a questo livello. La mucosa delle vie aeree sembra qualche volta continuare colla falsa membrana degl' incavi; però è cosa possibile, che un'attenta sezione facesse conoscere il loro punto di unione. Di rado, siccome lo à osservato il Signor Louis, la mucosa bronchiale conserva il suo colorito naturale bianco nella vicinanza delle caverne: in fatti quasi sempre è di un rosso vivo, il che sembra dipendere, secondo lo stesso osservatore, dal passaggio continuo ne' bronchi di una materia purulenta segregata nelle caverne. Ciò che giustifica questo modo di vedere, si è che questo colorito è raro nè d' intorno delle masse di materia grigia o de' tubercoli crudi.

ed è meno frequente ne' tubi bronchiali che si aprano negl' incavi recenti anzichè in quelli che comunicano cogli antichi; in fine, quando è generale, è più distinto in questi ultimi che in qualunque altra parte. Indipendentemente dallo arrossimento, la mucosa è qualche volta leggermente spessita; qualche volta è pure la sede di piccole ulcerazioni; in fine il bronco è più o meno allargato.

Sede. — Abbiamo veduto che i tubercoli erano tanto più numerosi e più sviluppati in quanto che stavano più vicini alla somità. Si dica lo stesso delle caverne, delle quali le più vaste e le più antiche si osservano sempre nel lobo superiore. Il Signor Louis osserva con ragione che i grandi incavi della somità sono generalmente più vicini al bordo posteriore del polmone che al bordo anteriore. Spesso le loro pareti sono unicamente formate in dietro da una falsa membrana semicartilaginea di 2 a 3 millimetri di spessezza che circonda la somità dell'organo. Qualche volta queste caverne comunicano in basso con un incavo del lobo inferiore, questo è sempre diretto in dietro e quasi mai al centro di questo lobo.

I tubercoli occupano, in generale, i due polmoni nello stesso tempo, ma sono quasi sempre più numerosi e più avanzati a destra che a sinistra. Però quando un solo di questi organi è colpito, è più spesso il sinistro che il destro, siccome i signori Louis e Andral lo hanno provato numericamente.

Stato de' vasi sanguigni ne' polmoni tubercolosi. — Prima di descrivere le altre modifiche che possono aver luogo ne' tubercoli e nelle caverne, dobbiamo far conoscere i cambiamenti estremamente curiosi che sopravvengono nella circolazione polmonale in seguito della chiusura e della distruzione de' vasi antichi e dello sviluppo di novelli. Questo punto di anatomia patologica studiato dapprima dal dottor Schroeder van der Kolk in un lavoro pubblicato ad Amsterdam, nel 1826, lo è stato di bel nuovo in Francia dal Signor Nat. Guilloit, le cui importanti ricerche sono consegnate nel giornale l'*Expérience* del 1838. Risulta dalle sezioni fatte da questo distinto osservatore che non solo i rami dell'arteria polmonale non penetrano nelle granulazioni grigie nè tubercolose, ma che le branche di questo vaso si arrestano ad una certa distanza, come 3, 4 o 5 millimetri da questi prodotti morbosi: che, più questi aumentano di volume, più le divisioni dell'arteria si allontanano dal loro perimetro; in guisa che quando i tubercoli sono voluminosi o sostituiti da caverne, presentano attorno di essi una specie di conca di 2 centimetri di diametro nella quale i rami dell'arteria polmonale non penetrano affatto. La estensione delle irradiazioni del vaso è sempre in proporzione inversa di quella de' tubercoli o delle caverne. Questi prodotti o le cavità che si sostituiscono

se sono in piccol numero, l'arteria si spande ancora nella maggior parte de' polmoni, se per lo contrario si aumentano, essa si cancella viemmaggiormente, prima nel lobo superiore, poi a destra ed a sinistra nelle regioni più inferiori dell'organo, e può scomparire a tal segno che il Signor Gnillet, del quale copio le parole, à veduto i polmoni degli etici su i quali il massimo delle irradiazioni dell'arteria polmonale era talmente debole nella base dell'organo, che non crede superiore alla cavità di quattro ditali a cucire la quantità di gelatina necessaria per riempirle. Il sangue nero cessa dunque ciascun giorno di arrivare verso l'organo destinato a riceverlo. Per tanto niente è più sano quanto la superficie interna de' vasi, all'epoca in cui si possono ancora osservare ne' punti ammalati. Quale è la causa di questa chiusura? dipende forse, siccome lo crede Schroeder van der Kolk, da un lavoro infiammatorio? niente saprebbe giustificare questa opinione nella ispezione anatomica. Si dirà essere la materia tubercolosa che comprime, che oblitera e distrugge i vasi? La cosa è possibile, probabile pure, ma non si è potuto ancora dimostrare a rigore.

Però a misura che i vasi a sangue nero spariscono, i vasi di un'altr'ordine nascono. In fatti se si spinge una iniezione per l'aorta, si veggono nascere, intorno a' tubercoli, de' vasi anormali che si aumentano e comunicano, non cogli estremi dell'arteria polmonale, ma colle arterie che servono alla circolazione generale, cioè colle arterie bronchiali, e, in caso di aderenze costo-polmonali (cosa presso a poco costante ne' tubercolosi), colle arterie del mediastino e delle pareti toraciche, come i mediastini, intercostali, le toraciche interna ed esterna. Risulta da ciò, pel polmone, una circolazione affatto nuova. Questi novelli vasi cominciano a vedersi in questa specie di conca che abbiamo detto esistere intorno a' tubercoli, cioè tra essi e le ultime ramificazioni dell'arteria polmonale; si estendono in seguito fuori di questi limiti, ed in un periodo avanzato possono occupare tutte le parti ammalate de' polmoni, in mezzo a' quali sostituiscono l'arteria polmonale, la cui esistenza non può essere veduta, in guisa che più la malattia tubercolosa è in progresso, più ancora la capacità del polmone aumenta pel sangue rosso, mentre la capacità pel sangue nero diminuisce, e ciò nella stessa proporzione. Questi vasi la cui prodigiosa quantità è incalcolabile, si formano intorno a ciascun tubercolo, senza penetrare nel suo interno. Anno un'altra disposizione nelle caverne; in fatti, là si prolungano nelle anfrattuosità, come pure in tutte le fra-proeminenze di queste cavità sin nelle sfrangiature estreme della membrana interna, e riempiono colorandole, le colonne si spesso estese dall'una all'altra delle loro pareti.

Per qual via il sangue aortico in tal guisa sparso in mezzo à polmoni tubercolosi ritorna egli al cuore? E' questa una questione che le belle ricerche del Signor Guillot hanno anche risolta. Avendo trovato nelle vene polmonali, bronchiali ed azigos, la materia d' iniezione spinta per l'aorta, l'abile medico conchiude che una parte del sangue ritorna nelle cavità sinistre, e che un'altra corrente si dirige nelle cavità destre. In fatti le prime, ricevono, col sangue che già è stato sottoposto alla ematosi proveniente dalle ramificazioni dell'arteria polmonale che durano ancora, il sangue più o meno alterato proveniente da' vasi di novella formazione. Si comprende da ciò che non conviene pretendere, con Schroeder van der Kolk, che la novella circolazione supplisce la circolazione polmonare distrutta, e che essa serve alla ematosi.

Trasformazione cretacea de' tubercoli. — I tubercoli del polmone subiscono spesso la trasformazione cretacea, calcare, ed in alcuni casi rari una vera ossificazione. Queste conversioni della materia tubercolosa, considerate da Bayle come una specie particolare di elicia, ch'egli chiamava *calcolosa*, è stata studiata da Laënnec, da' signori Andral, Ern. Boudet, e specialmente da Rogée, in un bel lavoro che questo compianto osservatore inserì negli *Archives* del 1839. Si conosce positivamente oggi che queste concrezioni sono l'indizio degli sforzi che fa la natura per operare la guarigione della malattia. Queste trasformazioni sono rare, poichè Rogée ne à trovato un maggiore o minor numero nella metà delle donne vecchie ch'egli à sparate all'ospizio della Salpêtrière (51 sopra 100). Ha provato in oltre che queste concrezioni cratacee e calcari risultavano sempre da una trasformazione della materia tubercolosa, e che non potevano dipendere da altra causa.

Cicattrizzazione delle caverne. — Le caverne possono subire a lor tempo diversi cambiamenti i quali, indicati da Laënnec, sono stati più completamente studiati da' signori Andral e Rogée. Quest'ultimo à descritto quattro modi di cicatrizzazione di caverne. In una prima forma si trova alla somità del polmone una cavità anormale molto regolarmente rotonda, di una variabile capacità, tappezzata interamente da una falsa membrana più o meno densa e secca, contenente aria o un liquido sero-mucoso, o pure alcuni avanzi di materia tubercolosa cominciante il più delle volte con de' bronchi di un notevole calibro. Il tessuto polmonale sottostante è duro, non crepitante, infiltrato di materia nera; frequentemente è raggrinzata, il ché dimostra, dice il Signor Rogée, che la cavità à subito una contrazione su di se stessa; in alcuni casi vi si riuengono delle concrezioni cretacee o calcari. Quando la cavità è vicina alla superficie del polmone, questa è aderente intimamente alla

pleura costale mediante un tessuto cellulare compatto, qualche volta è contratta, come depressa, e ricoverta nello stesso tempo da una specie di piastra fibro-cartilaginea più o meno spessa (*cicatrice con persistenza della cavità di Rogée; cicatrice fistolosa di Laënnec*).

Questa specie di cicatrice, avendo sede sempre alla sommità, non può essere consecutiva ad alcun'altra malattia meno che ad una caverna tubercolosa. Si potrebbe opporre che dessa può essere il risultato di un ascesso? A ciò si risponderà con Rogée, che ad eccezione degli ascessi per metastasi, i quali probabilmente non guariscono mai, gli ascessi polmonali sono molto più rari che le cicatrici di cui trattasi e non hanno sede esclusivamente come esse alla somità. Queste cavità potrebbero essere considerarsi come consecutive ad una gangrena? La cosa sarà possibile rigorosamente parlando; ma bisogna pur domandare qui, col Signor Rogée, se la gangrena, malattia rara, può spiegare delle cicatrici assai frequenti e che non esistono che alla sommità. L'obiezione più seria sarebbe che queste cavità potrebbero dipendere da un dilatamento de' bronchi. Però considerando che nella maggior parte de' casi la falsa membrana che tappezza la cavità anormale differisce dalla mucosa bronchiale; che questa offre spesso una manifesta soluzione di continuo al suo intromettersi nella caverna; che il tessuto polmonale circostante presenta la durezza e tutte le alterazioni che trovansi attorno delle caverne, si sarà portato naturalmente a vedere in questi casi; un modo di cicatrizzazione di un incavo tubercoloso. Qualche volta questo è ripieno in parte o in tutto dalla materia cretacea o calcare; in tutti i casi circa, alcuni bronchi ed alcuni vasi più o meno voluminosi si perdono bruscamente nella cisti che circonda queste concrezioni; in fine il tessuto circostante è più o meno indurato, impermeabile, nero, rugoso alla sua superficie ed aderente alla pleura costale.

Il terzo modo di cicatrizzazione consiste nello sviluppo di un tessuto fibro-cartilagineo che risulta dalla trasformazione subita dalla falsa membrana dello incavo. Questo è contratto su di se stesso; può chiudersi, non lasciando altra traccia che una massa fibro-cartilaginea, compatta, alla quale si uniscono grossi bronchi. Laënnec ed il Signor Andral citano de' casi di questo genere. Però bisogna aver cura di non prendere per vere cicatrici un semplice corrucamento della somità del polmone, esistente qualche volta con i prodotti cartilaginei disposti a guisa di piastre, di strie, o pure uniformemente e costituenti una specie di strato duro. Questa disposizione non è rarissima; esiste soltanto alla somità, e torna difficile assegnarle una causa probabile; però differisce dalle cicatrici precedenti in quanto che

il prodotto non penetra profondamente nel polmone, e non vi giunge nè alcun bronco nè alcun vaso.

In fine si comprende che degli scavi tubercolosi possono restringersi, chiudersi, e non lasciare al loro posto che una linea cellulare o cellulo-fibrosa risultante dalla semplice aderenza delle pareti della cavità, siccome si vede dietro la cicatrizzazione di certe ceverne apoplettiche del cervello: però non esiste ancora alcun caso autentico di questo modo di guarigione.

Rogée, terminando il suo lavoro, fa osservare che il più delle volte non trovasi che una cicatrice, e che è raro trovarne due o tre nello stesso individuo. Questi fatti sono eccessivamente importanti, ne tireremo partito più tardi per provare che la eticia è curabile; ma essi dimostrano ancora che la guarigione non può aver luogo che per quanto l'alterazione non è molto estesa. (Vedi per compimento l'articolo *Tubercoli in generale*).

Lesioni accidentali del polmone e della pleura. — Negli individui che periscono per eticia, si trova in un quarto di essi la traccia di pneumonia recente, lesione che esiste presso a poco in proporzione eguale in molte altre malattie croniche, siccome lo abbiamo stabilito numericamente nel *Trattato della pneumonia*. Non parlo qui che di quelli i quali muoiono per una eticia ordinaria; perchè quando la malattia à seguito un corso acutissimo, si trova in tutti i casi circa una epalizzazione estesa dell'uno e dell'altro polmone. Le aderenze de' polmoni alle pleuri sono talmente costanti che il Signor Louis non le à vedute mancare che una sola volta su cento dodici etici ch'egli à sparat; esse non esistono così frequentemente in alcun'altra malattia cronica. Queste aderenze sono generali o parziali; sono comunemente dense, compatte, difficili a rompersi, e sono in rapporto pel loro numero e la loro resistenza coll'alterazione del polmone ed il grado al quale essa è giunta: ciò spiega perchè esse sono sì dense e sì dure alla somità, e tanto da non potersi estrarre il lobo superiore che a pezzi. Queste false membrane, che sono quasi sempre cellulo-fibrose, possono essere infiltrate di siero o di materia tubercolosa. Non è raro del pari trovare delle tracce di una pleurisia recente; ciò è stato veduto dal Signor Louis sopra un decimo dei cadaveri.

Ulcerazioni delle vie aeree. — La mucosa delle vie aeree à una grande tendenza ad ulcerarsi quasi in tutta la sua estensione nel corso dell'eticia polmonale; è questa una proposizione che il Signor Louis à stabilita dietro i numerosi ed incontestabili fatti. Quindi abbiamo già veduto che i bronchi erano spesso ulcerati in vicinanza delle caverne, e sembravano esserlo nella metà degli individui. Il Signor Louis à pur trovato delle ulcerazioni della trachea in più di un terzo de' casi: la mucosa è nello stesso tempo di un rosso vivo. La maggior parte

di queste ulcerazioni, almeno quelle che sono più voluminose, hanno sede alla parte posteriore del condotto. Molte passerebbero inosservate in ragione de' loro bordi piani, della loro poca estensione e del loro colorito, se non si esaminasse la trachea accuratamente dopo averla ben lavata. Meno comuni delle precedenti, le ulcerazioni della laringe non esistono che nel quarto degl' individui; quasi tutte hanno una certa profondità, sono più o meno irregolari, ed hanno da 2 a 20 millimetri di superficie. La loro sede più comune corrisponde alla riunione delle corde vocali; vengono in seguito le corde vocali istesse, specialmente la loro parte posteriore, la base degli aritenoidi, la parte superiore della laringe e lo interno de' ventricoli. Queste ulcerazioni possono distruggere una o molte delle corde vocali e sin anche le stesse cartilagini. L' epiglottide è più di rado alterata della laringe e della trachea; in fatti il Signor Louis non l'ha veduta ulcerata che nella sesta parte de' casi. Queste ulcerazioni, qualche volta superficiali, più ordinariamente profonde, senza però interessare la fibbro-cartilagine, esistono quasi unicamente alla faccia laringea della epiglottide.

Da ciò che precede risulta che le ulcerazioni del condotto aereo sono comuni e si moltiplicano dalla epiglottide a' polmoni. Il Signor Louis ha pur dimostrato che esse sono più frequenti nell'uomo che nella donna; è pure provato che questa lesione era quasi speciale per gl' individui etici, poichè non l'ha osservata che una volta su settecento individui circa non tubercolosi che perirono per diverse malattie croniche. Però dobbiamo fare una eccezione in favore della morva, la quale, allo stato acuto come allo stato cronico, produce frequentemente delle ulcerazioni estese e profonde nella laringe e nella trachea; diciamo ancora che il virus sifilitico può in alcuni casi rarissimi, avere lo stesso effetto. Il Signor Louis cercando quale potesse essere la causa di queste ulcerazioni, le considera come prodotte in gran parte dalla infiammazione dovuta al contatto della mucosa colle materie puriformi provenienti dalle caverne: ciò spiega perchè le ulcerazioni sono tanto più comuni in quanto si è più vicino al punto delle caverne, poichè la materia della espettorazione formata da queste, dimora tanto più sulla mucosa aerea in quanto si allontana meno dalla sua sorgente. Ecco pure indubitamente il perchè le ulcerazioni dell' epiglottide occupano solamente la faccia laringea di quest'appendice, come pure la faccia posteriore dell' asperarteria, parti le quali nella posizione ordinaria degli ammalati, sono più abitualmente in contatto con i fluidi morbosì. Però questa circostanza non è, come anche il Signor Louis lo conosce egli medesimo, la sola causa delle ulcerazioni delle vie aeree, perchè nel fatto non se ne incontrano in quelli i cui bronchi sono stati in con-

latto colle materie affatto irritanti, come l'icore cancerigno o i detritus cangrenosi: bisogna dunque ammettere che la infiammazione non à rappresentato qui che la parte della causa occasionale e che non à potuto agire che in ragione della diatesi dello individuo. Aggiungiamo, dando termine, che le ulcerazioni delle vie aeree, contrariamente a quelle che si formano nello intestino, non presentano quasi mai alla loro superficie le granulazioni grigie, ed a pena ne abbiamo veduto due o tre volte, ed il Signor Louis non ne à osservato alcun esempio, in guisa che torna impossibile ammettere che le lesioni di continuità della laringe, della trachea e de' bronchi si formano, almeno quasi sempre, in seguito dello ammolimento di tubercoli sotto mucosi.

Lesioni dello apparecchio circolatorio. — Ben lungi dall'ammettere che la elicia sia, come si dice, una causa di aneurisma del cuore, questa malattia rende per lo contrario quest'organo proporzionalmente più piccolo. Il cuore in fatti prende parte al dimagrimento di tutti gli altri muscoli, siccome ciò risulta da' lavori de' signori Louis e Bizot. Abbiamo pur detto che, per alcuni fatti osservati da quest'ultimo medico, si vedeva qualche volta negli etici, specialmente nelle donne, la degenerazione adiposa del cuore.

Lesioni degli organi digestivi. — Nella bocca, nella faringe, si trova qualche volta una leggiera infiammazione difterica accompagnata o pur no da corrosione del corpo mucoso; lo esofago, quasi sempre intatto, offre in alcuni casi, come pure il faringe, delle piccole ulcerazioni, lesioni che non si osservano in alcun'altra malattia cronica. Tutte queste alterazioni sono però rare, avuto riguardo a quelle che si osservano nella porzione sotto diaframmatica degli organi digestivi. Quindi si trova lo stomaco comunemente più vasto e situato più in basso, ciò che il Signor Louis attribuisce alle scosse della tosse; la sua mucosa è ammollita ed assottigliata in un quinto degl' individui: questa lesione esiste specialmente nel gran cui di sacco; essa è più comune nella donna che nell'uomo, nel rapporto di 12 a 7; un decimo degli etici presenta in oltre delle ulcerazioni. Tutte queste lesioni non sono speciali a' tubercoli, ma sono soltanto molto più comuni in essi che in quelli morti per le altre malattie croniche; così mentre ne' primi si trovano le lesioni gravi dello stomaco ne' quattro quinti de' casi, queste stesse lesioni non si osservano ne' secondi che sulla metà di essi. I signori Louis, Andral e Tonnelè si accordano per conoscere che, non ostante la frequenza delle lesioni dello stomaco, lesioni delle quali molte sono di natura infiammatoria, è raro però osservare in questo viscere de' tubercoli sottomucosi: novella prova, dice il Signor Louis, contro coloro i quali hanno considerato i tubercoli siccome il risultato della infiammazione.

Lo intestino gracile è frequentemente e diversamente alterato: quindi la mucosa può essere spessita, assottigliata, ammollita, differentemente inieettata; però queste lesioni, siccome lo à provato il Signor Louis, non sono più comuni negli etici che in quelli che muoiono per qualunque altra malattia cronica; non à luogo lo stesso di quelle che dobbiamo studiare. Quindi unicamente negl' individui tubercolosi si trovano sotto la mucosa intestinale le granulazioni delle quali le une àno tutti i caratteri della materia tubercolosa, mentre che le altre, bianche, più dure, offrono la resistenza e lo aspetto delle cartilagini. Più o meno multiple, sono state vedute, specialmente le ultime, sparse su tutta la lunghezza dello intestino, distanti 3, 6 o 9 centimetri, più o meno; in generale il loro numero ed il loro volume aumentano a misura che si avvicinano al cieco. Le granulazioni dure, come semi cartilagini, non esistevano mai ne' fatti veduti dal Signor Louis se non che sulla membrana mucosa, mentre le granulazioni grigie o affatto tubercolose si trovavano egualmente sotto il peritoneo e tra le fibre della tunica muscolare. Crediamo col Signor Louis, che questi due ordini di granulazioni non costituiscono che una stessa lesione, ma a gradi diversi; le une e le altre, quando acquistano il volume di un pisello, e specialmente quando si ammolliscono, consumano ed ulcerano la mucosa al punto di contatto.

Le ulcerazioni intestinali, formate il più delle volte siccome si è detto, esistono, secondo i risultati del Signor Louis, ne' cinque sesti de' tubercolosi. Ammesse poche eccezioni, dice il celebre osservatore, il loro numero, le loro dimensioni, la loro profondità, aumentano a misura che si avvicinano al cieco; esse possono esistere in tutta la estensione dello intestino gracile (in un sesto); però, nella maggior parte de' casi sono concentrate nel terzo inferiore. Quando sono poco considerabili, àno sede sulle stesse piastre delle ulcerazioni della febbre tifoidea, cioè all'opposto del mesentero; esse sono rotonde, o ellittiche; possono finalmente invadere tutto il giro dello intestino. Ora bianche, altra volta grigiastre o rosse, àno i bordi rilevati o piani; il loro fondo, spesso disseminato di granulazioni, è formato dal tessuto-cellulare indurato e dalla tunica muscolare, parti che altre volte sono distrutte. Si vede in alcuni casi rari un perforamento completo: però esso non à luogo quasi mai nel peritoneo, perchè, in ragione della lentezza del lavoro ulcerativo, le aderenze protettrici àno il tempo di organizzarsi; ma quantunque il fondo della ulcerazione sia otturato dalle pareti addominali, succede qualche volta che il lavoro distruttore si estende a queste pareti, il che produce uno di que' doppi perforamenti di cui abbiamo avuto luogo farne parola. Le ulcerazioni delle quali abbiamo accennato i princi-

pali caratteri, senza essere speciali alla eticia, non si osservano quasi mai nelle altre malattie croniche, ad eccezione della dissenteria.

Messo da banda le granulazioni semi cartilaginee, si trovano nello intestino crasso tutte le lesioni che abbiamo descritte nello intestino gracile; le ulcerazioni ivi sono così comuni quanto nell'ileo.

Dando termine alla enumerazione delle alterazioni che presenta il tubo digestivo, diciamo co' signori Andral e Louis, quanto è poco fondata la opinione de' medici che considerano la fistola all'ano siccome frequente negli etici; essa lo è talmente rara, che sopra ottocento tubercolosi, il Signor Andral non ne à osservato che un solo esempio.

Glandole linfatiche. — Il Signor Louis à trovato le glandole cervicali più o meno tubercolose nella decima parte degli individui etici, i gangli bronchiali presentano la stessa lesione nella metà di quest'individui, ed i gangli mesenterici sopra un quinto soltanto. (Vedi appresso la storia della eticia bronchiale e del carreau.)

Lesioni dell'apparecchio biliare. — Una delle lesioni concomitanti più palpabili della eticia è la trasformazione adiposa del fegato, alterazione esistente nel terzo degl'individui, e più spesso nella donna che nell'uomo. Il fegato addivenuto grasso, in generale à un volume maggiore; presenta un colorito rosso pallido, disseminato di punti rossi internamente ed esternamente; conserva la sua forma normale ed offre in generale una minor consistenza; ingrassa il dito e lo scalpello a guisa di un corpo qualunque, e mettendone un pezzetto sopra un foglio di carta riscaldata, la macchia egualmente dell'oglio. Il Signor Felice Boudet, avendo analizzato un fegato grasso, vi à trovato la materia grassa saponacea diciotto volte più abbondante che ne' fegati sani. La porzione della colestirina si eleva da 1 a 8; mentre la materia animale si è ridotta quasi alla metà del suo peso.

La trasformazione adiposa del fegato non si osserva che negli etici; s'ignorano affatto le cause che vi danno luogo. La costituzione specialmente non esercita alcuna influenza; non avvi alcun rapporto tra lo stato del fegato e quello del tubo digestivo, particolarmente del duodeno, la bile non offre alcun'alterazione costante.

Milza, reni, utero. — Questi organi sono quasi sempre intatti; in alcuni casi rari contenevano i tubercoli. Quando esiste una peritonite, è sempre tubercolosa.

Centri nervosi. — I centri nervosi non presentano altre alterazioni speciali meno che le granulazioni miliari sulla pia madre; queste alterazioni però non sono molto comuni.

Per dar termine diciamo che un medico inglese, il dottor Boyd, à detto nel 1844, nel *Dublin medical Press*, che negli etici il peso degli organi interni era al di sotto del peso medio, e che la statura era alquanto più elevata in essi che in quelli non tubercolosi.

Sintomi. — Per esporre i sintomi con qualche metodo, crediamo necessario, allo esempio di Laënnec e del Signor Louis, dividere il corso della eticia in due periodi anteriore l'uno, posteriore l'altro allo-ammollimento ed al cavo della materia tubercolosa.

Primo periodo. — Nella maggior parte de' casi, la malattia sviluppa senza causa manifesta ed in modo lento, oscuro. Quasi tutti gl' individui provano tosse, ora secca, ora accompagnata da sputi chiari, quasi salivari; credono essere affetti da un semplice catarro; continuano le loro occupazioni; il più delle volte le funzioni digestive sono intatte. Però, non ostante l'apparente benignità de' sintomi toracici, non tardasi a vedere il dimagrimento ed i sudori notturni, quasi sempre limitati ad alcune parti del corpo, come il petto, la testa, la palma delle mani; questi sudori offrono ciò di rimarchevole, che si manifestano soltanto durante il sonno, e si sospendono tosto che gli ammalati si risvegliano. In altri individui, il primo accidente, è una emottisi grave che li sorprende in mezzo ad una perfetta salute; il più delle volte però questa si dichiara consecutivamente a' primi sintomi che abbiamo enumerati. La emottisi, accidente quasi sconosciuto prima del settimo anno, rarissimo prima del quindicesimo, è più comune nella donna che nell'uomo nel rapporto di 3 a 2. In questo ultimo, à luogo più spesso prima di quarant'anni anzichè dopo, mentre nella donna manca più spesso da diciannove a quaranta, che da quaranta a sessanta, prova, dice il Signor Louis, alla quale si debbono questi risultati, che la emottisi la quale si manifesta sulla donna etica non è vicaria del flusso mestruo, il quale, come verrà detto in prosieguo, diminuisce sempre o scompare ad un certo periodo della eticia. Nello stesso tempo che i sintomi precedenti ànno luogo, gli ammalati sono anelanti; molti accusano dolori più o meno vivi, ora nel dorso e tra le spalle, ora sopra uno de' lati. Questi dolori dipendono, gli uni dalle pleurisie parziali che ànno luogo al livello de' tubercoli, siccome vien provato dalle numerose aderenze della pleura, mentre gli altri sono prodotti da una nevralgia intercostale, malattia la quale, dietro le ricerche recenti de' signori Bassetreau e Valleix sarebbe comunissima negli etici.

Esaminando il torace in questo periodo, non si trova spesso alcuna distinta modifica nel suono e nella elasticità dello stesso. In molti casi però la percussione fa sentire in un punto cir-

descritto e quasi sempre sulla clavicola, nella regione sotto clavicolare, nell' ascella, nella fossa sotto spinale o alla parte superiore della fossa scapolare, un suono oscuro, esistente ordinariamente in un sol lato, o almeno essendo più distinto da un lato che dall' altro; qualche volta il suono continua, ma il dito che percuote prova la sensazione di una minore elasticità. Ragionevolmente il Signor Piorry à insistito su questo carattere, il quale in molti casi è il solo segno fisico che possa manifestare la esistenza de' tubercoli al loro svolgimento.

I segni che offre l' ascoltazione sono più variati, e molti si manifestano con caratteri chiarissimi ad un' epoca in cui la percussione non offre ancora che risultati negativi. L' ascoltazione della respirazione nel primo periodo della eticia fa sentire ora i rumori naturali, ma solo più o meno modificati; ora questi rumori sono marcati o rimpiazzati da rumori anormali conosciuti sotto il nome di *rantoli*.

Una delle prime modifiche che prova il rumore respiratorio è un cambiamento nella durata relativa alla intensità del mormorio vescicolare. Si sa che nello stato normale, questo rumor di soffio dolce e molle, continuo, non ondato, è molto più forte, ed è per lo meno tre volte più prolungato durante la inspirazione che durante la espirazione. Però questi rapporti cambiano spesso quando il polmone contiene i tubercoli; allora il rumore respiratorio diviene di più in più sensibile; qualche volta si eguaglia e sorpassa ancora per la sua durata il rumore della inspirazione, in modo, dicono i signori Barth e Roger, da dar luogo ad un rapporto inverso del rapporto fisiologico. Questo prolungamento della espirazione può esistere solo; il più delle volte però il rumore espiratorio, prolungandosi, diviene nello stesso tempo più rumoroso, più aspro, e qualche volta dà all' orecchio la sensazione di un leggiero soffio bronchiale. Questi fenomeni sono quasi sempre limitati ad uno spazio poco esteso; ordinariamente si trovano alla sommità del petto (1). In altri casi d' infiltramento tubercoloso della sommità, il rumore respiratorio è soltanto indebolito in questo punto; altra volta poi, il rumore respiratorio, è sibilante e come puerile; questo caso è molto più raro del precedente. La debolezza della respirazione spiegasi facilmente per la compressione e la chiusura di un certo numero di vescichette. In quanto alla respirazione puerile, bisogna supporre un aumento di azione e di e-

(1) Laennec aveva indicato la espirazione prolungata ed il suo valore nella eticia; ma non aveva sufficientemente insistito su questo fenomeno, del quale non faceva alcun conto, quando i signori Andral e Jackson, poi il Signor Fournet, chiamarono l' attenzione su di esso.

nergia delle vescichette; però non bisogna confondere lo esaltamento del rumore respiratorio o la respirazione forte colla respirazione *dura*. In questa il mormorio vescicolare non solo è sibilante, ma presenta all' orecchio una sensazione di asprezza e di secchezza. Quest' alterazione del rumore respiratorio è stata descritta da alcuni autori contemporanei sotto il nome di respirazione *secca, aspra, di rumore di raspa, di ammassamento polmonale*. Allora la voce e la tosse rimbombano spesso di più negli stessi punti, ed applicando la mano, si osserva un aumento nella vibrazione nelle pareti toraciche, fenomeno il quale è stato perfettamente descritto dal professor Walsh, di Londra, nel manuale che à pubblicato, e che abbiamo già citato con elogio. Quest' ultimi fenomeni risultano dal perchè il polmone, indurato, e più o meno impermeabile, rinforza i rumori naturali, li attira e diviene un miglior conduttore delle vibrazioni eccitate dalla tosse e dalla voce.

Verso la fine di questo periodo, e quando i tubercoli si ammoliscono, si comincia a sentire una specie di rantolo sotto crepitante, ma a bolle più grosse, che danno all' orecchio una sensazione di secchezza (*scoppietti secchi*) o di umidità (*scoppietti umidi*). Queste bolle sono ordinariamente poco numerose, e si sentono solo durante la inspirazione.

In generale gli ammalati, in questo primo periodo, conservano l'appetito; ma molti ànno diarrea di tempo in tempo; questa si manifesta quasi sempre senza causa: dura per uno o molti giorni, e finisce per ritornar di bel nuovo dopo un tempo più o meno lungo; in fine alcuni individui vomitano, ma solamente dietro i conati di tosse. Il dimagrimento progredisce mai sempre, e spesso alla fine di questo periodo si osserva la sera un leggiero movimento febbrile.

Secondo periodo. — In questo periodo, la tosse è più frequente e più incomoda, specialmente durante la notte: quindi molti ammalati sono privi del sonno a causa di essa. Gli sputi da bianchi che erano precedentemente, provano diversi cambiamenti de' quali il Signor Louis à dato una fedelissima descrizione: quindi addivengono verdastri o opachi, privi di aria striati di linee gialle più o meno numerose che li rendono come paonazzi. Alcune volte vi si osservano delle particelle di una materia bianca, opaca, simile al riso cotto (Bayle), più tardi, gli sputi sono omogenei ed ànno una forma rotonda, nummulare, o pure siccome lacerati alla periferia; sono pesanti, più o meno consistenti, non precipitano sempre nel fondo del vaso e galleggiano spesso alla superficie di un liquido chiaro, di una specie di pituita fluida, secondo la espressione di Bayle. Dopo essersi mostrati per un tempo più o meno lungo di un giallo verdastro, dice il Signor Louis, gli sputi prendono una

tinta giallastra ed un aspetto sporco analogo a quello della materia contenuta negli incavi tubercolosi antichi. Questi cambiamenti hanno luogo in generale pochi giorni prima della morte; allora gli sputi perdono una parte della loro consistenza, formano una specie di sugo di civaia e sono anche sporchi di sangue o circondati da un' areola rosea. Gli sputi non sono generalmente rimarcabili per alcun sapore, essi non sono abitualmente nè salati nè zuccherini, siccome è stato detto. Sono segregati in variabile quantità; in alcuni casi rarissimi, sono sputati in massa e quasi a flutti; gli antichi dicevano allora che esisteva una vomica. Non è però probabile che i tubercoli ammoliti ed aprendosi bruscamente ne' bronchi siano mai la sorgente di questa espettorazione, ma il più delle volte questa dipende dal perchè un versamento pleuritico si forma una strada a traverso del polmone. Non cade dubbio però, e questa è la opinione del Signor Louis, che basta un aumento di segrezione nelle caverne e ne' bronchi comunicanti per produrre queste bondanti espettorazioni che hanno fatto credere a ciò che si è chiamato vomiche. La emottisi è frequentissima in questo periodo, ma lo è un poco meno che nel precedente, ed è generalmente meno bondante. Nello stesso tempo la dispnea e la oppressione aumentano, i dolori del petto sono più vivi, più persistenti, e richiedono qualche volta una cura attivissima.

A quest' epoca i segni forniti dalla percussione e dall' ascoltazione sono spesso poco specchiati: quindi percotendo la parte superiore del torace al livello delle regioni sotto clavicolari, e sopra spinali, si trova sia ne' due lati, sia in un solo, una notevole oscurità del suono o anche un suono matto completo, e per conseguenza un assoluto difetto di elasticità. Applicando l' orecchio su questi punti, si trova che gli scoppietti sono umidi e più numerosi, spesso si sente un vero rantolo sotto crepitante o mucoso; il rumore respiratorio è negativo, o pure è aspro, tracheale; la voce rimbomba anche più che nel periodo precedente, ed offre i caratteri della broncofonia. Ad un periodo anche più avanzato, quando i tubercoli sono affatto ammoliti ed esistono le caverne, si sente un grosso rantolo umido, il quale colle forti inspirazioni e nelle scosse di tosse, offre all' orecchio la sensazione che determinerebbe agitando un liquido misto a bolle di aria. Questo fenomeno, che ne' più leggeri miscugli si confonde col rantolo mucoso e sotto crepitante, n' è distintissimo nella sua forma più specchiata; allora s' indica sotto i nomi di *rantolo cavernoso* o di *gorgogliamento*. Questo rantolo può essere inteso nella inspirazione o nella espirazione, più spesso ancora ne' due tempi: fa d' uopo, perchè sia prodotto, che la caverna non sia esattamente ripiena di liquido e che comunichi con i bronchi. Sparisce momentaneamente

quando la caverna si è intieramente vuotata o quando un ostacolo si oppone alla introduzione dell' aria: la sua intenzezza è tanto maggiore in quanto la cavità è più vasta e situata più superficialmente. Il medico può allora sentirla in distanza; lo ammalato lo conosce, e si può anche sentire applicando il dito sopra uno spazio intercostale. Il rantolo cavernoso è generalmente circoscritto alla sommità de' polmoni, e non si sente che in uno spazio che sta in rapporto colla estensione delle caverne tubercolose. Ne' punti in cui il gorgogliamento esiste, non si sente più il mormorio vescicolare, il rumore di espansione polmonale ivi è sostituito da un soffio sibilante simile a quello che si determina espirando con forza e colla bocca largamente aperta nelle sue due mani disposte a guisa di cavità (Barth e Roger). Questo fenomeno si scorge ne' due tempi della respirazione; offre infinità di miscugli sotto il doppio rapporto del suono e della intensità. Circoscritto in uno spazio poco esteso come il rantolo cavernoso, ora è permanente, ora si sente solamente ad intervalli, e può alternare col gorgogliamento. Queste differenze si spiegano per le diverse condizioni nelle quali si trova la caverna: così si comprende che la respirazione cavernosa prodotta dal rimbombo dell' aria in una cavità anormale non deve aver luogo che quando la caverna è intieramente o quasi intieramente ripiena di liquido, o quando un ostacolo qualunque situato ne' bronchi si oppone a che l'aria penetri. Il soffio cavernoso è per lo contrario al suo massimo quando la caverna è vasta, vicina alla superficie, circondata da un tessuto indurato, e quando comunica largamente con i bronchi. In questi casi d' incavi spaziosi, la respirazione cavernosa diviene affatto resistente e prende il suono metallico; offre dunque allora tutti i caratteri della respirazione anforica, di cui abbiamo parlato altrove; essa coesiste qualche volta col tintinnio metallico. Quando le caverne sono superficiali, Laënnec dice che si sente una varietà di respirazione cavernosa ch' egli chiama sibilante e nella quale l'aria sembra attirata dall' orecchio dell'osservatore durante la inspirazione, ed esservi respinta durante la espirazione. Altra volta, secondo lo stesso autore, la respirazione sibilante è tale che direbbesi che si agita un velo mobile interposto tra l' orecchio ed un incavo polmonale. Quest' ultimo fenomeno, che Laënnec indicava sotto il nome di *soffio velato*, si rannoda, secondo lui, ad una ineguale densezza delle pareti della caverna nella quale esso è prodotto. Diciamo però che questi ultimi fenomeni acustici di cui abbiám fatto parola (*respirazione sibilante*), sono rarissimi e non hanno per anco un valore ben determinato; quindi non ci occuperemo di vantaggio.

L'ascoltazione della voce offre ancora alcuni fenomeni importanti: quindi è che applicando l'orecchio al livello di una caverna e facendo parlare lo ammalato, la voce sembra uscire direttamente dal petto e passare tutta intiera nel canale dello stetoscopio. Quando il medico usa l'ascoltazione immediata, si direbbe che lo ammalato gli parla nell'orecchio; esiste per conseguenza una grande differenza tra questo fenomeno, che Laënnec chiama *pettoriloquio*, ed il rimbombo semplice o la broncofonia, ne quali la voce è confusa e mai articolata. Però il pettoriloquio, che possi anche chiamare, co' signori Barth e Roger, *voce cavernosa*, non è sempre molto manifesto. In fatti, perchè esista, bisogna che la caverna sia ben circoscritta, di media grandezza (quella di una noce o di un piccolo uovo per esempio); bisogna che sia quasi vuota che comunichi largamente con i bronchi; che sia molto vicina alla superficie e che lo ammalato non abbia afonia. Siccome tutte queste condizioni esistono di rado unite, così ne siegue che il pettoriloquio manca spesso. Laënnec istesso lo aveva conosciuto ammettendo tre specie di pettoriloquio, che chiamava *perfetto*, *imperfetto* e *dubbio*, ma la prima sola à un valore reale, patognomonico, mentre che le due altre non differiscono dalla broncofonia o da un ordinario rimbombo.

I segni fisici propri alle caverne polmonali offrono alcune differenze nella giovane età: quindi risulta dalle laboriose ricerche de' signori Barthez e Rilliet che al di sotto de' cinque anni i fanciulli ne quali la sommità de' polmoni è scavata da vaste caverne non presentano il più delle volte all'ascoltazione nè gorgogliamento, nè la respirazione cavernosa nè il pettoriloquio. In questi casi, i sintomi cavernosi sono rimpiazzati da sintomi puramente bronchiali, cioè dalla respirazione tubaria, dal rantolo mucoso, dalla broncofonia con suono matto alla percussione nella parte superiore del polmone ed in tutta l'altezza in avanti. Questi fenomeni potrebbero far credere che esiste una pneumonia, se il corso degli accidenti, la loro successione ed i sintomi concomitanti non illuminassero il medico. Ne' fanciulli al di sopra di cinque anni, i segni fisici delle caverne non differiscono da quelli degli adulti. Questi segni possono essere primitivi; però quasi sempre sono preceduti da fenomeni bronchiali che esistono nella prima età. Questi due ordini di segni fisici saranno caratteristici delle caverne tubercolose, se si può stabilire che non esiste nè polmonia, nè dilatamento de' bronchi, nè sviluppo de' gangli bronchiali. I signori Barthez e Rilliet non han potuto sin ora colpire la causa che stabilisce una differenza così specchiata sotto il rapporto dell'ascoltazione tra la etica de' fanciulli minori di cinque anni e quelli di maggiore età.

Quando la sommità de' polmoni è in tal guisa forata da vaste caverne che hanno distrutto l'organo quasi in tutta la sua spessezza, spesso accade che il suono matto dapprima esistente sotto le clavicole e nella fossa della scapola è sostituito dal suono ed anche da un esalato suono normale. Se la caverna è in parte ripiena di liquido, e se le sue pareti sono sottili ed elastiche, la percussione al suo livello fa sentire un rumore, un fremito analogo a quello che presenta un vaso screpolato, ed accompagnato da un rimbombo di vuoto o di cavo evidentissimo e qualche volta da un vero gorgogliamento: questo fenomeno fu nominato da Laënnec *rumore di vaso screpolato* (1).

A questo periodo la ispezione delle pareti toraciche offre alcuni fenomeni interessanti. Quindi oltre al dimagrimento generale che presentano, si osserva che le regioni sotto clavicolari sono fortemente depresse, e le prime coste poco o nulla mobili durante la respirazione. In molti etici, il diametro trasverso, e specialmente la estension circolare del petto, sono minori che negli individui sani; ma oltre a questa configurazione ch'è naturale, primordiale, si veggono certi cambiamenti aver luogo nella forma e nella cassa toracica per effetto della presenza de' tubercoli. Quindi è che, secondo Bayle e Laënnec, nelle eticie di corso cronico, il petto si restringe, e prende pure, secondo le ricerche de' signori Hirtz e Fournel, una forma cilindrica. Però questo punto non ci sembra ancora perfettamente stabilito, e forse converrebbe dire, col Signor Piorry, che la diminuzione della circonferenza toracica in alto dipende in molti piuttosto dall'atrofia de' muscoli pettorali e di quelli dell'omoplata che dallo impiccolimento reale del petto in questo punto. Se la febbre non si era già manifestata nel primo periodo si

(1) I signori Renaud e Piorry hanno dato una teoria molto soddisfacente del rumore di *vaso screpolato*. Secondo questi medici, questo rumore dipenderebbe dalla stessa causa di quello che si ottiene quando tenendo le due mani concave e ravvicinate, si fanno battere sul ginocchio. In fatti si comprende che quando le pareti dello incavo polmonare sono sottili e quelli del torace dimagrati e depressi con una percussione forte esercitata al loro livello, l'aria contenuta nella caverna scappa via bruscamente da' tubi bronchiali e produce uscendo il rumore che conosciamo. Il rumore di *vaso screpolato* non è però un segno certo d'incavo; perchè è stato trovato qualche volta in quelli colpiti semplicemente da pneumonia, da pleurisia, ed anche in quelli che hanno gli organi del petto affatto sani. Negl'individui molto dimagrati, può anche produrre qualche volta a volontà il rumore di *vaso screpolato*, quando collocando il dito, non parallelamente alle coste, ma perpendicolarmente, e percuotendo più o meno fortemente su di esso si caccia bruscamente l'aria che trovasi nello spazio intercostale sottostante. Il rumore di *vaso screpolato* spiegasi benissimo colla teoria dei citati autori.

manifesta in questo; e se già esisteva, raddoppia. Il Signor Louis si è assicurato mediante l'analisi delle sue osservazioni che il movimento febbrile sviluppa con i primi sintomi quasi un poco più nella quinta parte de' casi; nell'altra quinta si manifesta durante il primo periodo; in fine negli altri tre quinti, si sviluppa durante il secondo periodo. La febbre può essere continua e soggetta a raddoppiamenti notturni; qualche volta ne à due nel corso delle ventiquattr'ore, uno verso mezzo giorno, l'altro al principiar o nel mezzo della notte; più spesso è indicato da brividi di freddo seguiti da calore e da sudori. Questi sono spesso eccessivi, ma qualche volta mancano affatto; ciò è stato osservato dal Signor Louis in un decimo de' casi.

Queste specie di accessi febbrili, durante i quali il Signor Andral à veduto la temperatura elevarsi a 39 ed a 40 gradi, si riproducono qualche volta con una perfetta regolarità, secondo uno de' tipi propri alle febbri intermittenti e specialmente secondo il tipo quotidiano doppio, terzo, o doppio-terzo. La febbre etica è un fenomeno di grande valore che indica già una profonda alterazione; essa è la causa novella d'indebolimento. La lingua è quasi sempre netta, la sete variabile, qualche volta intesa; l'appetito però diminuisce a poco a poco costantemente nella proporzion delle forze. In alcuni casi, dice il Signor Louis, avvi completa anoressia, quantunque la membrana mucosa dello stomaco sia perfettamente sana, o non presenti che lesioni leggierc e recenti. Molti altri ammalati vomitano; però questi vomiti non solo allora dipendono dalla violenza de' conati, ma piuttosto dalla infiammazione, dalla ulcerazione dallo ammolimento dello stomaco.

A questo periodo, la diarrea raddoppia; questo accidente, che vedesi mancare in un ventesimo degli ammalati, si manifesta specialmente sin dallo sviluppo della febbre etica; compare ad intervalli più o meno vicini; cessa e diviene persistente a misura che la malattia si avvicina all'esito fatale. La diarrea si accompagna il più delle volte a coliche, essa è specialmente bondante e continua, quando, indipendentemente dalle ulcerazioni, esiste in oltre un' ammolimento esteso della membrana mucosa. Quando le ulcerazioni anno scde nel retto, gli scariichi sono spesso sanguinolenti ed accompagnati da premiti.

Lo sviluppo di ulcerazioni ne' tubi aerei che à luogo in questo periodo produce pure diversi accidenti; così quando l'epiglottide è ulcerata, gli ammalati provano un dolore fisso al di sopra della cartilagine tiroidea; la deglutizione è impedita, dolorosa, ed una parte delle bevande ritorna per le fosse nasali. Quando la laringe è ulcerata, specialmente al livello delle corde vocali la voce è più o meno alterata, rauca, interrotta o estinta; gli ammalati accusano al livello delle cartilagini tiroidea

e cricoidea, dolore e calore, specialmente quando parlano o tossiscono. Le ulcerazioni della trachea non si manifestano ordinariamente con alcun segno distinto. Il Signor Louis ed io stesso abbiamo veduto questi accessi di dispnea, i quali, secondo alcuni autori, si manifesterebbero ne' casi di ulcerazione dell' asperarteria.

Si comprende che con tutte le sofferenze sin ora esposte e tutte le cause d'indebolimento che esistono, il dimagrimento deve progredire rapidamente. In fatti il dimagrimento diviene eccessivo e paragonabile a quello che vedesi nel cancro dello stomaco; gli ammalati perdono le forze; le regole scompaiono nelle donne, spesse volte sin dallo sviluppo della febbre; e gli uomini, anzichè presentare, siccome lo crede il volgo, un eccitamento delle funzioni genitali, veggono, per lo contrario questa indebolirsi nella stessa proporzione delle altre funzioni della economia: almeno ciò risulta dalle ricerche del Signor Louis, e le nostre ne hanno confermato la esattezza. In fine, negli etici si sviluppa molto più spesso che negl' altri individui colpiti da qualunque altra malattia cronica, una conformazione particolare delle unghie e della ultima falange delle dita; in fatti questa è rigonfia al suo estremo; l'unghia è come sollevata alla sua radice, è più o meno piana trasversalmente, e si ricurva fortemente da avanti in dietro. Si dice allora che le unghie e le dita sono ippocratiche. Questo stato, anticamente conosciuto, è stato studiato da alcuni anni da molti medici, specialmente dal Signor Trousseau, nel *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* del 1834, e da' signori Pigeaux e Vernois, negli *Archives* del 1832 e 1835.

Lo stato morale degli etici offre un contrasto molto rimarcabile allo sviluppo e nella eticia confermata. In fatti nel primo periodo, gli ammalati sono inquieti, spaventati, temono una malattia grave di petto; però più tardi, quando sono minacciati da febbre etica, la maggior parte ignorano la loro posizione, e rinasce la speranza. Fanno progetti per un lungo avvenire; e quel che è più singolare si è che gli uomini più versati nelle scienze mediche s' illudono completamente più delle altre persone che ignorano questa scienza.

In mezzo di sì gravi disordini, era curioso cercare se il sangue provava alcune modifiche importanti nella sua composizione: è questo un punto della storia della eticia studiata negli ultimi tempi con molta cura da' Signori Andral e Gavaret. Faremo conoscere i principali risultati a' quali questi professori sono giunti.

Al pari del cancro, fino a tanto che i tubercoli esistono allo stato di crudità senza segni di stato infiammatorio intorno ad essi, il sangue presenta costantemente all' analisi la sua quan-

tità normale di febrina. Però queste masse ammolendosi, un lavoro di eliminazione si stabilisce attorno di esse, e tosto la fibrina è eccessiva; di tal sorta, dice il Signor Andral, che la proporzione maggiore di questo principio nel sangue non dipende dallo sviluppo del prodotto accidentale, ma dalla infiammazione che si nuisce ad esso ad un certo periodo della sua esistenza, prova novella da aggiungersi a molte altre che il lavoro il quale crea i differenti prodotti accidentali non è della stessa natura di quello che dà luogo alla infiammazione. Però lo eccesso della fibrina che abbiamo notato ad un certo periodo della eticia non è costante, o almeno non è permanente; quindi allorchè quest' individui sono giunti all' ultimo grado di abbattimento e di marasmo, la quantità della fibrina, che era aumentata durante il lavoro di eliminazione, può allora abbassarsi e discendere anche più o meno al di sotto del limite inferiore del suo stato fisiologico.

I cambiamenti che il sangue prova nella quantità de' suoi globetti sono anche più marcati: così il Signor Andral à indicato che sin dallo sviluppo de' tubercoli polmonali, e quando l' accoltazione può ancora indicarne appena la esistenza, i globetti sono già meno bondanti; in nessun caso ancora, il Signor Andral li à veduti toccare la media fisiologica 127, il loro numero più elevato è stato 122, ed loro minimo 99; essi oscillavano generalmente tra 120 e 100, più vicini d' ordinario a quest' ultimo numero anzichè al primo. Quindi è dunque costante cosa che gl' individui ne' quali i polmoni cominciano ad essere affetti da tubercoli presentano nel loro sangue questa modifica particolare di composizione che appartiene alle costituzioni deboli; essi sono in un cominciamento di anemia ed il loro sangue è divenuto simile a quello degli ammalati a' quali molti salassi sono stati fatti. Però a misura che i tubercoli polmonali progrediscono, la diminuzione del numero de' globetti si aumenta di più in più; e finalmente quando i polmoni sono scavati da caverne i globetti sono al loro minimo. Diciamo però (e la teoria non avrebbe mai fatto prevedere simile risultato) che il numero de' globetti non è mai minore quanto nella clorosi: la differenza tra le due malattie è enorme, poichè nell'ultimo periodo della tubercolosi polmonale il Signor Andral à veduto i globetti oscillare tra 80 e 100, e non mai meno di 72; mentre che nella clorosi si vedono discendere spontaneamente sino al disotto di 30. Questa differenza spiega perchè è sì raro trovare negli etici il soffio carotideo che osservasi sì comunemente nelle clorotiche. Le modifiche che il sangue prova nella sua composizione spiega lo aspetto che questo liquido presenta ne' diversi periodi della eticia polmonale. Quindi, allo sviluppo il grumo è generalmente piccolo e denso a causa della mediocre quantità

de' globetti e della conservazione del numero della fibrina; ma a misura che i tubercoli si ammoliscono e le caverne si formano, si vede il grumo, condensandosi vieppiù, covrirsi di una cotenna tanto più spessa e meglio formata, in quanto la degenerazion polmonale è più avanzata. Due circostanze, dice il Signor Andral, contribuiscono evidentemente al prodotto di questa cotenna: la prima è l'aumento della fibrina che a luogo si frequentemente nell'ultimo grado della eticia, e la seconda è la diminuzione sempre crescente del numero de' globetti, ciò che rende la proporzione relativa della fibrina anche più considerevole. La cotenna è quasi così costante secondo il Signor Andral, ne' periodi avanzati della eticia polmonale come lo è nella pneumonia e nel reumatismo articolare.

I risultati ottenuti da' signori Becquerel e Rodier differiscono da' precedenti in quanto che questi medici affermano che allo sviluppo della eticia, se non esiste alcuna complicazione, il sangue presenta esattamente la sua composizione normale. Solamente più tardi, quando lo ammolimento de' tubercoli à luogo, e che la emottisi e la diarrea si manifestano, che il numero dei globetti diminuirebbe rapidamente, e qualche volta diverrebbe molto minore.

Corso. — La eticia à quasi sempre un corso lento e continuo; però non è raro vedere delle migliorie notabili nel suo corso, seguite, dopo un tempo più o meno lungo, da nuovi accidenti che poi uccidono gli ammalati. Questo corso intermittente, raro nella infanzia e nella gioventù, è più comune negli adulti e ne' vecchi. Laënnec credeva che nessun etico periva al primo attacco della malattia tubercolosa; egli diceva che più spesso i primi attacchi erano presi per catarro; che altri esistevano senza tosse e senza notabile espellorazione. Questa opinione è vera in un certo numero di casi, ma non bisogna troppo generalizzarla. Qualche volta la eticia, anzichè svilupparsi chiaramente co' sintomi abituali, è preceduta per un tempo più o meno lungo da diarrea cronica. Ne' fanciulli si osservano più frequentemente i sintomi di *carreau* o della tubercolosi de' gangli bronchiali. Laënnec chiamava irregolare la eticia che sembrava cominciare in un altr'organo o i cui sintomi si manifestavano prima di quella della tubercolosi de' polmoni.

La eticia, come la maggior parte delle malattie croniche ed acute, può esistere allo stato latente; ma siccome l'osserva Laënnec, è raro che la malattia sia latente per tutto il suo corso. In questa specie di eticie, i tubercoli posso esistere in gran numero ne' polmoni, e le caverne possono loro succedere senza causare nè tosse nè sputi; però quasi sempre gli ammalati si dimagrano allora, si depauperano, ànno la diarrea e la febbre etica. Questi sintomi, atteso la frequenza accessiva de' tubercoli

polmonali, debbono portare sempre il medico ad osservare accuratamente gli organi del petto, e si conoscerà quasi sempre allora mediante la percussione e l'ascoltazione qualche segno positivo. I casi ne' quali è più facile l'errore sono quelli ove la eticia si manifesta nel corso di un'altra malattia cronica, capace per se stessa di produrre il dimagrimento ed una febbre lenta.

La eticia siegue qualche volta un corso acuto, cioè che in vece di durare uno o due anni, come si osserva nella maggior parte de' casi, termina in due o tre mesi, o pure in sei settimane, in un mese, ed anche dopo un tempo minore. Spessissimo le eticie acute, siccome l'osserva Laënnec, sono il prodotto delle malattie tubercolose de' polmoni le quali, latenti per un tempo più o meno lungo, si manifestano in seguito di una malattia acuta, come una pneumonia, una pleurisia, un morbilli o una febbre tifoidea. Allora si manifestano all'improvviso dolori toracici, tosse ostinata, febbre acuta, dimagrimento rapido con i segni fisici che abbiamo precedentemente descritti. Però avvi una forma di eticia acuta, estremamente rapida nel suo corso, che si accompagna da una febbre intensissima e da estrema oppressione: non ostante ciò, altri segni fisici non esistono meno quelli che caratterizzano il catarro polmonale acuto. Questi ammalati periscono per i disturbi della respirazione prima che il dimagrimento abbia manifestato la natura della malattia; ordinariamente si trovano allora i polmoni infarciti da tubercoli miliari. Bisogna ravvicinare a questa forma di eticia quella della quale il Signor Andral à riportato molti esempi nella sua clinica e nella quale il sintomo predominante, quello che colpisce specialmente l'attenzione e che costituisce il periodo apparente della malattia, è l'ostacolo della respirazione: Questa, dice il Signor Andral, diviene più considerabile e somiglia alla dispnea che accompagna le malattie organiche del cuore il cui sviluppo è più rapido. Gli ammalati periscono allora in una specie di asfissia prima di essersi notabilmente depauperati, e dopo che non hanno presentato, indipendentemente dalla dispnea, altro accidente verso l'apparato respiratorio meno che una tosse che non è rimarcabile il più delle volte nè per la sua intenzezza nè per la sua frequenza, e non accompagna alcuna espettorazione particolare.

Ne' fanciulli si osserva forse più frequentemente che nello adulto la eticia di corso acuto; però in generale, non solo il polmone è invaso da' tubercoli, perchè questi prodotti morbosi si sono sviluppati simultaneamente in moltissimi organi. In questi casi, i fenomeni che si osservano nelle vie respiratorie consistono solamente in una tosse straziante, con oppressione spesso eccessiva: la respirazione è generalmente aspra, rumorosa, mista a rantoli secchi ed umidi; avvi agitazione, ed il fanciullo si de-

paupera presto; la morte può aver luogo tra due o tre settari.

Il Signor Louis c' insegna che negl'individui che periscono per una eticia acuta, si trovano esattamente le stesse lesioni secondarie come quando la malattia siegue il suo solito corso. Queste lesioni differiscono solamente pel grado, sono meno avanzate nei casi di eticia acuta, ma si osservano nella stessa proporzione che le eticie ordinarie, eccetto però la pneumonia, la quale, siccome lo abbiain veduto, è quasi sempre costante nella eticia acuta; essa occupa il più delle volte i due polmoni ad un tempo, o pure un solo, ma allora in una grande estensione. Questo risultato, indicato nelle mie ricerche, e confermato dal Signor Louis nelle sue, prova che i tubercoli sono una causa di pneumonia quando si sviluppano rapidamente ed in gran numero.

La eticia, specialmente nelle persone arrivate al periodo medio della vita, siegue spesso un corso cronico, cioè che può prolungarsi per cinque, dieci, quindici, venticinque ed anche quarant'anni. Secondo Bayle, questi esseri provano allora di tempo in tempo delle recrudescenze durante le quali la febbre etica ricomparisce, il dimagrimento fa rapidi progressi; poi le forze rinascono coll' appetito; la tosse si modera, e scompare pur anche, come pure la espettorazione. I casi di questo genere non sono comuni, ma non si osservano che nella classe comoda della società. Quest' individui malaticci e di una salute sempre delicata, arrivano non per tanto ad una età avanzata, e periscono qualche volta per una malattia estranea agli organi respiratori; però nello sparo del loro corpo, si trovano nei polmoni i tubercoli a diversi gradi di sviluppo, dallo stato miliare sino a quello cretaceo. Questa lentezza nel corso è specialmente specchiata ne' vecchi. In essi mancano pure molti de' sintomi che predominano nella gioventù. Quindi la emottisi è rara, e raramente bondante; i sintomi stetoscopici sono meno distinti, i sudori meno bondanti; spesso mancano; dicasi del pari della diarrea. In fine la febbre, generalmente poco intensa, non è manifesta che la sera e la notte.

Durata. — Certi stati fisiologici sono stati considerati siccome capaci di sospendere il corso della eticia. La mestruazione e la gravidanza sono state citate come tali; però non avvi niente di fondato in queste assertive, perchè da una parte, la eticia nelle giovinette impedisce completamente che le regole si stabiliscano, e quando queste si mostrano per un azzardo, esse non fanno che comparire, senza che ne' risulti alcun bene per la salute. In quanto alla gravidanza, affermiamo che non sospende affatto il corso della eticia in alcune donne, per lo contrario, la tubercolosi sembra fare maggiori progressi, e la gravidanza non arriva al suo termine naturale. Il più delle volte la eticia con-

tinua lentamente il suo corso, come se la donna non fosse gravida: il parto à luogo al suo termine; ma contando da questo momento, gli accidenti raddoppiano, e la morte à luogo prontamente. Noteremo come un fatto rimarcabile che i fanciulli i quali nascono in queste sì pericolose condizioni sono generalmente molto forti, almeno non sembrano aver sofferto sensibilmente.

Da ciò che precede, si vede che niente è più variabile quanto la durata della eticia; essa può oscillare almeno da un mese sino a più di quarant'anni. Però i calcoli fatti dal Signor Bayle e dal Signor Louis hanno dimostrato che per la classe povera la durata media della eticia era di meno di un anno, mentre che ammalati comodi la durata è necessariamente più lunga e non può essere calcolata. Il Signor Louis à provato che la morte aveva luogo più rapidamente nelle donne che negli uomini. In generale la malattia sembra correre tanto rapidamente in quanto che gl'individui sono più giovani; quindi è che al di là di quarant'anni si osservano le eticie croniche, mentre ne' giovani si vede percorrere i suoi periodi in alcune settimane. I signori Barthez e Rilliet stimano che, nel periodo della infanzia, la durata della eticia oscilla tra tre e sette mesi.

Esiti. — Bayle cunsiderava la eticia come necessariamente incurabile; ma questa proposizione non è esatta, perchè felicemente nnmerosissimi fatti hanno oggi stabilito che la eticia poteva guarirsi. Si trovano le tracce di quest'esito molto frequenti nell'adulto e nel vecchio; se ne troverebbero, secondo il Signor Boudet ne' 9/11 di coloro che muoiono da quindici a sessantasei anni, mentre che l'arresto dello sviluppo de' tubercoli è raro nella infanzia, specialmente prima del terzo anno. Il Signor Guilhot ci à pur fatto conoscere che a Bicêtre i 4/5 almeno de' vecchi de' quali esaminava gli organi dopo la morte offrivano le tracie indubitate di un antica malattia tubercolosa. In fine che 160 donne aperte dal Signor Beau alla Salpêtrière 157 offrivano delle cicatrici caratteristiche alla sommità dell'uno e dell'altro polmone. La guarigione può aver luogo quando i tubercoli esistono ancora nello stato crudo o pure dopo il loro ammollemento e la loro evacuazione. Nel primo caso sono chiusi nelle cisti o sequestrati, o pure subiscono la trasformazione cretacea; nel secondo, il prodotto morboso è evacuato, e la caverna che rimane si chiude mediante un vero lavoro di cicatrizzazione. Non crediamo fin ora allo assorbimento di questi prodotti morbosi, non ostante la opinione contraria data dal Signor E. Boudet; ma spesso accade che gli ammassi di materia nera, o piuttosto che le molecole carbonose, si dispongono attorno i tubercoli, nel loro interno, o pure allo intorno delle cavità che succedono al loro incavo; è questo uno de' modi di guarigione della eticia ben conosciuto soltanto dopo le ricerche del Signor Bou-

del e del Signor Guillot. Quest' ultimo osservatore à dimostrato specialmente, *Archives* del 1845, che ne' vecchi la materia carbonosa si accumulava attorno il perimetro di tutte le parti ammalate, che vi erano delle granulazioni miliari, de' tubercoli e delle caverue. Le molecole di carbone agiscono isolando il prodotto morboso, impedendo lo sviluppo de' vasi novelli i quali, dietro le iniezioni del Signer Guillot, si formano costantemente intorno ad esso. Per questo distinto medico, il deposito della materia carbonosa intorno al perimetro del tubercolo sembra essere un fatto necessario non per la guarigione, ma almeno perchè importanti cambiamenti abbiano luogo nella malattia. Se fosse altrimenti dice il Signor Guillot, perchè, in mezzo a questi agglomeramenti di una moltitudine di tubercoli, vedrebbe, su i punti più lontani dal contatto delle molecole di carbone, la eticia seguire nella vecchiezza il corso che prende nello adulto? Questo punto importante di anatomia patologica non è per anco stabilito in modo assoluto. Checchè ne sia, ripetiamo anche qui che la guarigione della eticia non può sperarsi se non quando la malattia è circoscritta. Infatti la morte è l' esito quasi costante della malattia; il più spesso à luogo lentamente ed in seguito della consunzione progressiva degli ammalati; altre volte per una malattia intercorrente, come una pneumonia, una pleurisia, una meningite tubercolosa, un' angina edematosa che accelera il termine fatale; alcuni altri periscono per una emolisi fulminante o per gli accidenti che un perforamento polmonale o intestinale trae seco. In fine molti etici muoiono improvvisamente in uno stato sineopale, in un' epoca, egli è vero avanzata della malattia, però quando questa sembra doversi per anco prolungare per qualche altro tempo.

Complicazioni, lesioni concomitanti. — Non faremo che ricordare in questo luogo che gli etici presentano spesso diverse lesioni che si sviluppano sotto la influenza della stessa diatesi, e che si manifestano durante la vita con sintomi speciali: tali sono le diverse ulcerazioni de' tubi aerei e del tubo digestivo, la peritonite cronica con prodotto di tubercoli nelle false membrane, la meningite granulata, i perforamenti polmonali, quelli della membrana del timpano, producono la sordità; gli scoli cronici pel condotto uditivo esterno, in fine ne' fanciulli si osserva la tubercolosi de' gangli bronchiali e mesenterici.

Tra le malattie intercorrenti che possono aver luogo non parleremo che della pneumonia e della pleurisia. La pneumonia è frequente come ultima lesione: ciò è stato da noi provato precedentemente all'anatomia patologica. Però la infiammazione polmonale è pure molto comune ad un' epoca meno avanzata della malattia; ed in questo caso, è cosa degna di attenzione, vederla poco grave e terminare quasi sempre favorevolmente. Lo

mie osservazioni sotto questo rapporto sono conformi a quelle de' signori Louis ed Andral raccolte prima di me; però è provato di più che la pneumonia che à luogo in un periodo poco avanzato della eticia non sembra aggravare, almeno il più delle volte, la malattia primitiva, proposizione che il Signor Louis à riconosciuto come esatta. La pleurisia, e qui non intendo parlare che della pleurisia grave di una certa estensione, à sul corso della eticia una influenza ben differente da quella della pneumonia. In fatti la prima guarisce di rado; e ne' casi in cui retrocede, avanza il corso fatale della malattia che à complicato. Facciamo osservare a questo riguardo, dando termine, che la pleurisia grave degl'individui tubercolosi è frequentemente doppia (Louis). Questa circostanza è rara per lo contrario, negl'individui i cui polmoni sono perfettamente sani, così la manifestazione di una pleurisia doppia, specialmente quando essa si sviluppa lentamente, fosse anche in un individuo ben portante in apparenza, dovrà far temere che essa sia ligata alla esistenza de'tubercoli polmonali.

Diagnosi. — La diagnosi della eticia offre, in moltissimi casi, alcune difficoltà, specialmente nel primo periodo della malattia; però quando si conosce bene il valore di alcuni sintomi, il più delle volte si giunge a stabilire ben presto la sede della malattia.

Quindi una *tosse* che sviluppasi senza causa, che per molto settimane è *secca*, o che, quando è umida, provoca la uscita di sputi che rimangono per molto tempo chiari, spumeggianti e bianchi; una tosse che coesiste con dolori pleuritici nel dorso e sulle parti laterali del petto, deve far *sospettare* fortemente la esistenza de'tubercoli polmonali. La supposizione è anche maggiore quando si vede che gli ammalati dimagrano rapidamente, quantunque le loro sofferenze siano poco vive, il loro appetito conservato e che non esiste nè febbre nè alcun'alterata secrezione che potesse indebolirli. In fatti in un catarro polmonale, la sola malattia che allora potrebbesi sospettare, la tosse non rimane secca tanto lungo tempo; gli sputi cambiano di carattere rapidamente, ed i dolori toracici, quando esistono, sono sterionali; essi offrono una sensazione di calore e di stiramenti e non somigliano affatto a'dolori pleuritici della eticia. In fine quando non esiste febbre e lo appetito si conserva, la grassezza si conserva e le forze non declinano affatto.

Una emottisi alquanto bondante, cioè di 60 a 100 gramme circa, manifestandosi in simili circostanze, non permette alcun dubbio sulla esistenza de'tubercoli ne' polmoni: diciamo pure che la emottisi che non offre di simili accidenti e che à luogo in mezzo delle apparenze di salute, se essa non è nè traumatica nè vicaria di una emorragia costituzionale, e se essa non è sin-

tomatica di una gangrena o di un carcinoma de' polmoni, indicherà quasi sicuramente la presenza de' tubercoli polmonali; perchè su due mila quattrocento ammalati e più interrogati accuratamente dal Signor Louis, e che non si trovavano in alcune delle condizioni citate, nessuno aveva avuto emottisi alquanto grave, se non era etico, e ciò quasi ad una eccezione. La emottisi è specialmente un sintomo pericoloso quando in seguito di essa gli ammalati hanno tosse per qualche tempo, quando sono deboli e dimagrati e si ristabiliscono lentamente.

Tra i segni razionali, dobbiamo anche far parola, siccome di gran valore, della febbre che ritorna tutte le sere o nel corso della notte, sudore parziale della testa, del petto, della palma delle mani o delle membra che à luogo durante il sonno; poichè simili accidenti non si osservano ne' catarrhi semplici, e se si osservano nelle suppurazioni profonde e negli assorbimenti purulenti, ciò accade in circostanze ed in mezzo di altri sintomi che permettono di rapportarli alla loro causa vera. Però in alcuni casi rari sorge il dubbio: spetta allora all'ascoltazione ed alla percussione render chiara la diagnosi, quantunque, *a priori*, in questi casi dubbi, bisogna, in ragione della frequenza estrema della eticia, sospettare questa malattia in preferenza di qualunque altra.

I risultati che offrono la percussione e l'ascoltazione hanno una estrema importanza; però i segni forniti da questi metodi di esplorazione, per la prima specialmente, non hanno niente di patognomonico per essi stessi; ma il loro valore dipende specialmente dal punto del petto dove si osservano. Quindi una oscurità o un suono matto permanente nell'una delle due regioni sotto clavicolari e sotto scapolare, o anche una semplice diminuzione di elasticità, quando si percuote, indicherà quasi sempre sicuramente, ed indipendentemente da qualunque altra considerazione, la esistenza di tubercoli alla sommità de' polmoni, per la ragione che in questo punto si sviluppano quasi sempre questi prodotti morbosi, e che tra tutte le lesioni di corso cronico che possono oscurare il suono della parte superiore del torace, i tubercoli sono indubitabilmente i più comuni, quelle per conseguenza che bisognerà sospettare sempre a primo aspetto. Importa dire in questo luogo che i risultati della percussione, perchè potessero avere qualche valore, bisogna che siano ben specificati e costanti; così quando la differenza del suono tra i due lati del petto è poco considerabile, non bisogna, secondo lo consiglia il Signor Louis, ammetterla siccome dimostrata che per quanto la esplorazione è stata ripetuta molte volte, collocandosi alternativamente a destra ed a sinistra dello ammalato, ed esaminando seduto, in piedi e coricato il risultato della esplorazione è sempre rimasto lo stesso; perchè la pratica ordinaria, quella degli uomini più versati sulla percussione, mostra che nello stesso

ammalato, in simili casi, i risultati della percussione praticata sotto la clavicola, possono variare da un momento all'altro; ciò dipenderebbe soltanto dal modo imperfetto col quale la percussione è qualche volta praticata anche dalle mani le più esercitate (Louis). Ne' casi rari in cui la diminuzione del suono è eguale a destra ed a sinistra, si può facilmente sconoscere. In fatti ciò avrebbe luogo frequentemente, se non si avesse la precauzione di percuotere dal basso in alto, perchè allora si assicura facilmente che il suono reso sotto l'una o l'altra clavicola è meno chiaro che un poco al di sopra della mammella.

Comunque tornasse utile la percussione sulla diagnosi della eticia, diciamo però che alcune volte essa non offre che risultati negativi, non solo allo sviluppo, ma anche ad un periodo avanzato; ciò ha luogo per esempio, quando i tubercoli sono poco voluminosi, infiltrati, ed allo stato miliare. Ciò ha luogo del pari per l'ascollazione, la quale in fatti può presentare risultati negativi soltanto, quantunque per i segni razionali sia costante la esistenza de' tubercoli polmonali. Più spesso però, prima che il suono del petto sia alterato, si notano alcune modifiche nel mormorio vescicolare, questo può essere più debole o più forte, più aspro; o pure è la espirazione la quale, dolce e appena marcata nello stato fisiologico, diviene dura, aspra, qualche volta bronchiale, e si prolunga in modo ad eguagliare ed anche oltrepassare la durata della stessa inspirazione; nello stesso tempo la tosse specialmente la voce rimbombano un poco più del solito. Questi fenomeni, limitati alla sommità, specialmente nelle regioni sotto clavicolari, indicano in modo quasi certo la esistenza de' tubercoli. Però convien prevenire il lettore che, dietro le ricerche de' signori Louis, Gerhard di Filadelfia, Walsh di Londra, e le nostre, esiste più frequentemente sotto la clavicola destra, allo stato fisiologico, una espirazione prolungata, sibilante, ed un rimbombo più considerabile della voce che a sinistra: il che dipende, come lo ha provato il Signor Gerhard; dal perchè il bronco destro, più corto del sinistro, è più vicino alla trachea, ed a un volume maggiore. Siegue da ciò che una espirazione alquanto prolungata ed un maggiore rimbombo della voce alla sommità del petto non hanno lo stesso valore a destra ed a sinistra; che questi fenomeni hanno sempre una certa importanza a sinistra, specialmente se non esistono a destra, mentre è viceversa per quest'ultimo lato (Louis). In quanto ai rantoli sotto crepitante e mucoso, limitati alla sommità, e che durano per qualche tempo, diremo che essi hanno un gran valore come segni diagnostici de' tubercoli polmonali; perchè se dipendessero solamente da una bronchite capillare, esisterebbero simultaneamente a destra ed a sinistra e sarebbero generalizzati.

Riassumendo il valore de' segni acustici, il Signor Louis stabilisce che la esistenza simultanea alla sommità del polmone sinistro di una espirazione alquanto prolungata ed un poco dura, di un poco di broncofonia e di alcuni scoppietti in un caso dove i sintomi razionali lasciano ancora qualche incertezza, toglierebbe quasi tutti i dubbi, ed un'alterazione leggiera del suono del petto nel punto corrispondente li dissiperebbe completamente.

Pertanto non sempre si giunge alla diagnosi del primo periodo della eticia per via diretta, ma spesso per via indiretta, per analogia e per la conoscenza di alcune leggi di anatomia patologica, delle quali andiamo debitori in gran parte alla conoscenza del Signor Louis. Quindi è oggi stabilito che la pleurisia doppia indica in modo quasi certo la esistenza di una malattia tubercolosa; dicasi del pari delle ulcerazioni laringee quando esse non si ligano nè a sifilide nè a moccio. Abbiamo pur veduto che la meningite granulata supponeva sempre la esistenza di tubercoli polmonali, e che lo stesso vale il più delle volte anche della peritonite cronica. In fine, la osservazione dimostra pure che una diarrea che continua per molti mesi, che resiste alla dieta, ai mucilagginosi, agli oppiati, a' rivellenti e che si accompagna a consunzione, appartiene quasi esclusivamente agli etici.

La diagnosi della eticia al secondo periodo non offre alcuna incertezza; perchè oltre i caratteri degli sputi, il depauperamento e la diarrea, la percussione e l'ascoltazione offrono importanti segni; tali sono il suono matto, rimpiazzato qualche volta da un esaltamento del suono, quando la caverna diviene superficiale; il rumore di vaso screpolato, il gorgogliamento, la respirazione cavernosa, il pettoriloquio, e, quando l'incavo è vasto, la respirazione anforica ed il tintinnio metallico. Abbiamo veduto precedentemente poter facilmente distinguere un incavo tubereoloso da un dilatamento de' bronchi. (vedi questa malattia); l'odore cangrenoso, lo aspetto degli sputi, il corso della malattia permetteranno ancora di distinguere sempre un incavo polmonale consecutivo alla cangrena da quello che succede all'aprirsi dei tubereoli. Non sorge difficoltà alcuna per distinguere un ascesso de' polmoni che comunica con i bronchi da una caverna tubercolosa.

La eticia di corso acuto non potrebbesi confondere da un medico istruito con una pneumonia, con una pleurisia o con una bronchite capillare, perchè non si osservano ad alcun'epoca i segni propri a queste malattie, ma solamente un apparato febbrile intenso, con tosse, dispnea, dolori toracici, sete intensa, anoressia, accidenti che resistono a tutti i mezzi terapeutici, e che tosto sono seguiti da consunzione, da diarrea colliquativa, da una espettorazione opaca, verdastria, e da' segni positivi offerti dalla percussione ed ascoltazione.

Pronostico. — Torna inutile insistere per provare quanto la eticia sia pericolosa, poichè uccide quasi tutti quelli che assale. Però abbiamo provato che poteva essere migliorata ed anche guarita, in certi casi, ma eccezionali. L'abbondanza, la frequenza delle emottisi, la febbre, i sudori copiosi e la diarrea colliquativa sono accidenti di tristo augurio e che estinguendo le forze, accelerano così l'esito fatale della malattia. A cose eguali però, la eticia ereditaria è più pericolosa di quella acquisita: però la prima non è assolutamente incurabile; infatti si citano alcuni fatti di guarigione.

Etiologia. — La etiologia della eticia è uno de' punti più oscuri della storia di questa malattia; può dirsi che, malgrado i lavori e gli sforzi lodevoli tentati da' nostri contemporanei, quasi tutte le quistioni sono ancora irrisolte, perchè la scienza possiede meno fatti ben osservati che assertive le quali attendono ancora di essere provate. Ne' paragrafi seguenti cercheremo le principali cause citate per spiegare lo sviluppo della eticia polmonale. Queste cause sono predisponenti ed efficienti.

Si può stabilire in modo generale non esistere alcuna età la quale sia al coverto della eticia; quindi è che osservansi i tubercoli sin da' primi mesi della vita extra uterina, ed anche ne' polmoni di alcuni feti, e dall'altra parte si vede spesso la consunzione de' polmoni de' vecchi. Però può dirsi che rara avanti della prima dentizione, la eticia addiuvine poscia comunissima; essa lo sarebbe specialmente da quattro a cinque anni secondo Lallemand di Ginevra; mentre che secondo i signori Bathez e Rilliet la sua frequenza sarebbe a poco presso la stessa in tutti i periodi della infanzia. Alquanto stazionaria verso la pubertà, la eticia è più micidiale verso il ventesimo anno. La mortalità determinata da questa malattia avrebbe il suo massimo di frequenza, secondo il dottor Clarke, verso il terzo anno, e diminuirebbe gradatamente a partire da quasta età; ciò sarebbe quasi conforme a' risultati presentati dalle statistiche di Parigi, nelle quali si stabilisce nell'ordine seguente la frequenza della eticia polmonale nelle differenti età: 20 a 30 anni; 30 a 40;—10 a 20;—40 a 50;—50 a 60;—0 a 10;—60 a 70;—70 a 80;—80 a 90;—90 a 100. Dunque non conviene dire con Bayle, che la età di 40 a 50 anni era il periodo della vita in cui la eticia era più comune negli spedali di Parigi.

Laënnec aveva conosciuto che la eticia era più frequente nella donna che nell'uomo, e questa opinione è stata confermata da' risultati statistici de' signori Louis e Benoiston di Châteauneuf; il Signor Papavoine à pure trovato lo stesso predominio della eticia nelle piccole ragazze; però secondo i signori Rilliet e Barthez, la tubercolosi polmonale non diverrebbe più comune in queste ultime che all'epoca della pubertà, mentre che, nella

età più giovane, i ragazzi vi sarebbero più esposti. Checchè ne sia, farò osservare che i risultati precedenti, esatti forse per Parigi, non lo sono tanto relativamente alle altre contrade; perchè risulta da alcuni documenti, specialmente da quelli riuniti dal dottor Clarke nella sua opera, che in molti paesi dell' Europa ed in America, come a Ginevra, Berlino, Hambourg, Napoli, e New-York, in Svezia, ed anche in alcune città della Francia come Rouen, la eticia assale più gli uomini che le donne.

Quantunque si osservi la eticia negli uomini robusti e vigorosamente costituiti, possi non di meno stabilire in modo generale che la malattia è molto più comune in quelli di una debbole costituzione e che presentano gli attributi del temperamento linfatico. Da lungo tempo gli autori hanno descritto accuratamente alcuni segni esterni della costituzione, come la bianchezza della pelle, il rosso vivo delle gote, la strettezza del petto con protuberanza degli omoplati, e la gracilezza delle membra e del tronco, come quelli che si osservano specialmente in que' predisposti alla eticia. Però non possediamo ancora alcun dato positivo su di ciò.

Le diverse razze umane predispongono forse in modo ineguale alla eticia; così ne' paesi abitati da' neri e da' bianchi, la eticia è molto più comune ne' primi che ne' secondi; di più, negl' individui della razza negra, si vede frequentemente la diatesi tubercolosa occupare nello stesso tempo un gran numero di organi: ciò viene almeno affermato dal dottor Clarke.

La eredità della eticia è provata da moltissimi fatti, ma non ancora si è ben fissato sulla frequenza di questa causa. Il Signor Louis non ne à stabilita la influenza che sopra la decima parte de' tubercolosi, ed il Signor Piorry nel tredicesimo de' casi.

Quantunque i fanciulli nati da' parenti etici non siano necessariamente condannati alla malattia de' loro ascendenti, ciò non pertanto bisogna ammettere, col Signor Chomel, che il maggior numero muore tosto o tardi colla tubercolosi polmonale. Le speranze di scampare a questa formidabile malattia sono tanto maggiori in quanto il tempo che passa tra la nascita de' fanciulli e la morte de' parenti è maggiore. S' ignora se la eredità sia più frequente per parte della madre o del padre; e però dimostrato che se i fanciulli hanno qualche speranza di sfuggire alla eticia quando un solo de' loro ascendenti è stato colpito dalla malattia, ci sembrano però esposti ad una morte quasi certa quando il vizio ereditario dipende ad un tempo dalle due linee. A fronte di questi fatti di eredità, debbo far parola di que' casi sì comuni di eticia che fanno perire i fanciulli di una numerosa famiglia, quantunque il padre e la madre siano abitualmente sa-

ni, e godono di tutti gli attributi di una robusta costituzione; simili fatti sono ancora nelle tenebre.

E oggi dimostrato da numerose testimonianze che la eticia polmonale è una malattia comune quasi in tutti i paesi del globo: solamente la sua frequenza non è la stessa in tutti i luoghi, ed è specialmente dimostrato che essa non lo è in ogni luogo siccome alcuni lo avevano pensato, in rapporto allo abbassamento della temperatura. Quindi mentre in Svezia, e specialmente a Stockholma, la eticia non conta, dicono, ne' morti che un quindicesimo circa, si vede a Berlino, a Londra ed a Parigi, formare ad essa sola il quinto circa della mortalità. In tutta l'Alemania si contano più etici che a Pietroburgo. I climi caldissimi, che sone stati indicati in molte opere come capaci di preservare dalla eticia, ne presentano al contrario degli esempi tanto comuni quanto appo noi. Quindi in Provenza, a Marsiglia ed a Nizza, la malattia è tanto frequente quanto a Parigi; si trova pure allo stesso grado di violenza nella maggior parte delle grandi città d'Italia, come Genova, Napoli, come pure a Madrid ed a Lisbona, a Gibilterra, a Malta, nelle isole Jonie, la eticia è quasi tanto comune tra le truppe quanto in Inghilterra; noi la troviamo tanto comune nel nord dell' Africa, nelle Indie orientali, siccome lo provano le ricerche del dottor Clark e Conwell, quanto nelle Antille inglesi e francesi e specialmente nel continente americano. Il Signor Sigaud c' insegna nella sua opera che al Brasile, per esempio, la eticia è tanto micidiale quanto in Europa, e che nelle città del littorale uccide per se sola il quinto della popolazione. In tutti questi climi, la eticia colpisce gli abitanti indegni quanto gli stranieri, qualche volta solamente a gradi diversi. Sembra soltanto che in alcuni casi la tubercolosi à meno tendenza a generalizzarsi, ad invadere gli altri organi. Quindi il Signor Rufz, alla Martinicca, ed il Signor Cruz Jobins a Rionjanero àno osservato che le alterazioni tubercolose degl'intestini erano rarissime nel corso della eticia.

Si è pur preteso che, in certi luoghi, la eticia era molto meno comune che altrove; per esempio si sa, che Laënnec sosteneva che sulle rive del mare e dell' Oceano specialmente, la eticia era più rara che nello interno delle terre; però documenti àno oggi distrutta questa credenza. La opinione data recentemente dal Signor Boudin, che esisterebbe una specie di antagonismo tra le febbri intermittenti e la eticia, in modo che questa sarebbe rara ne' paesi paludosi, è una opinione, la quale, non ostante i fatti numerosi che molti medici, le àno opposto merita ancora di essere studiata (1).

(1) Il Signor Boudin à pubblicato nel XXXIII volume degli *Annales d'hygiène* un importante lavoro sulla rarità *relativa* della eticia ne' luoghi

Tutto porta a pensare però che la eticia è una malattia meno comune nella campagna che nelle grandi città; il che dipende senza dubbio dallo ingombro, dall'umido, dalla miseria e dagli eccessi, condizioni che esistono più spesso riunite ne' grandi centri di popolazione.

Numerosi fatti, raccolti dal Signor Piorry, portano a credere che le abitazioni strette ed ingombre esercitano una certa influenza sullo sviluppo della eticia polmonale; oltre a che sappiamo che il Signor Coste è giunto a produrre a volontà la malattia nei cani ed altri animali, facendoli lungo tempo soggiornare ne' luoghi umidi, freddi e poco luminosi. Forse che a tutto ciò, ed alle altre cause debilitanti, come un grossolano nutrimento, insufficiente, i travagli eccessivi, gli errori dietetici, le privazioni di qualunque specie, bisogna attribuire la frequenza incomparabilmente maggiore della eticia nella classe povera che in coloro che vivono comodamente?

Laënnec attribuiva a' dispiaceri profondi e di lunga durata

paludosi. Egli ha riunito numerosi documenti in favore della sua opinione. L'autore ha stabilito i seguenti caratteri,

1. Le località sulle quali la causa produttrice delle febbri intermittenti endemiche imprime all'uomo una profonda modifica si distinguono per la rarità relativa della eticia polmonale e della febbre tifoidea; 2. le località nelle quali la febbre tifoidea e la eticia sono molto manifeste si fanno distinguere per la rarità e la poca gravità delle febbri intermittenti *contratte sul luogo*; 3. il disseccamento di un luogo paludoso o la sua conversione in stagno, producendo la scomparsa o la diminuzione delle malattie paludose, sembra disporre l'organismo ad una novella patologia, nella quale la eticia e, secondo la posizione geografica del luogo, la febbre tifoidea si fanno particolarmente distinguere; 4. dopo aver soggiornato in un paese di carattere paludoso pronunziato, l'uomo presenta contro la febbre tifoidea una immunità il cui grado e la durata sono in ragione diretta e composta, 1. della durata del soggiorno antecedente, 2. della intensità di espressione alla quale pervengono le febbri paludose considerate sotto il doppio rapporto della forma e del tipo, il che significa che il soggiorno in un paese di febbri intermittenti e remittenti, come lo sono certi punti del litorale dell'Algeria, preserva di più contro le malattie delle quali è parola di quelle non lo sarebbe, per esempio, il soggiorno alla imboccatura fangosa della Bièvre a Parigi; 5. le condizioni di latitudine e di longitudine geografiche e di elevazione che pongono un limite alla manifestazione delle febbri miasmatiche stabiliscono egualmente un limite alla influenza medicatrice dello elemento paludoso; 6. in fine, certe condizioni di razza e forse di sesso, diminuendo l'impressionabilità dell'organismo per le febbri paludose, minorano nello stesso tempo la efficacia medicatrice di questa causa.

Ho creduto dover esporre un poco più a lungo le idee del Signor Boudin, mal capite da molte persone. Oltre a che queste idee sono ora all'ordine del giorno e la loro soluzione interessa al massimo grado la igiene pubblica. E' dunque a desiderarsi che i medici i quali sono collocati per risolvere il problema posto dal Signor Boudin raccolgano de' materiali affini di fissare più presto a questo riguardo la scienza e la pratica.

una gran parte del prodotto de' tubercoli polmonali; ma, siccome l'osserva il signor Andral, avvi molta esagerazione in quest'assertiva. In fatti se le passioni tristi determinano qualche malattia organica, non è il tubercolo, ma piuttosto il cancro, e specialmente il cancro dello stomaco. Il difetto di esercizio e la chiusura anno forse un effetto meno dubbio sul prodotto della eticia. In favore di questa idea si può citare siccome lo à fatto il Signor Rayer negli *Archives de médecine comparée* (n. 4 e 5) lo esempio di molti animali, i quali ridotti allo stato di domesticità o di schiavitù, muoiono quasi tutti etici. Come prova della influenza pericolosa esercitata dalla clausura, si possono citare le vacche degli educatori di bestiame di Parigi, le quali periscono quasi tutte colla tubercolosi polmonale; però conviene osservare che in questi animali si prolunga attivamente la lattazione per lo spazio di un anno in vece di sei o sette mesi, termine medio della durata ne' paesi dove si fanno degli allievi. Questa circostanza, causa di spossamento, non è forse senza influenza sullo sviluppo della eticia: oltre a chè sappiamo che la stessa causa agisce qualche volta anche nella donna.

Si è cercato a sapere se certe professioni predispongano alla eticia. I signori Lombard e Benoiston de Châteauneuf anno tentati lodevoli sforzi; però torna impossibile cavare da' loro lavori, che però offrono qualche interesse, alcuna rigorosa conclusione. Oltre a chè, bisognerebbe sempre poter fare la parte esatta delle professioni e quella che risulta dalle condizioni igieniche in mezzo alle quali vivono gl' individui che le esercitano. Or questa valutazione torna molto difficile a potersi praticare. Diciamo però che noi crediamo fortemente, con i due autori da me citati, che le professioni sedentee offrono un maggior numero di etici delle professioni attive. Diamo termine allo studio delle cause predisponenti, dicendo che certi vestimenti sono stati accusati, e specialmente i busti, siccome predisponenti alla eticia; però esistono a questo riguardo semplici assertive e nessuna prova diretta.

Cause eccitanti. Si è pensato da lungo tempo, e molti moderni credono ancora a' giorni nostri, che la eticia è determinata dalle diverse infiammazioni del polmone, della pleura e dei bronchi; però questa opinione, contraddetta da Bayle e da Laënnec, è in opposizione alle osservazioni del Sig. Louis e con quelle raccolte da me medesimo posteriormente (vedi nel mio Trattato). Quindi relativamente alla pneumonia, possi assicurare mediante lo interrogatorio che questa malattia non si trova frequentemente negli antecedenti degli etici; ed io ò provato pure che la eticia non succede immediatamente alla pneumonia che in un trentesimo de' casi appena. Se, in alcuni individui morti per una pneumonia, si trovano de' tubercoli ne' polmoni, è facile con-

vincersi, avendo riguardo specialmente al loro volume, che quasi tutti questi prodotti morbosi sono stati anteriori alla flemmasia e forse l'hanno risvegliata: oltre a chè, la pneumonia determinasse pure qualche volta la eticia, non bisognerebbe meno concludere, precisamente a causa della rarità estrema di un simile effetto, che in questi casi, se gl'individui non portavano già de' tubercoli nello stato latente, ciò che è eccessivamente comune, essi ne avevano per lo meno il germe. Si comprende facilmente che il lavoro infiammatorio del quale il polmone è la sede possa modificare moltissimo la nutrizione dell'organo per provocare la comparsa de' tubercoli in un individuo già predisposto. Per servirmi di un paragone di Laënnec, che mi sembra giustissimo, dirò che il polmone infiammato somiglia alla terra fortemente lavorata dopo un lungo riposo, la quale fa germogliare una moltitudine di granelli che rinchiudeva nel suo seno da molti anni. Ciò che abbiamo detto della pneumonia si applica esattamente alla pleurisia.

La influenza del catarro polmonale sullo sviluppo de' tubercoli non è meglio dimostrata di quella della pneumonia: così i due terzi degli etici interrogati dal Signor Louis non erano soggetti al catarro. Le donne, più disposte alla eticia, lo sono meno alla bronchite come alla pneumonia: aggiungiamo che i bronchi sono ordinariamente sani in vicinanza de' tubercoli crudi o delle masse di materia grigia semitrasparente (Louis).

Lo eccitamento non infiammatorio del polmone o la fatica di quest'organo avrebbe esso più influenza che la sua flemmasia? E' questo un punto non ancora deciso. Però debbo ricordare un fatto curioso indicato dal Signor Benoiston di Châteauneuf, il quale, avendo paragonato la frequenza della eticia ne' soldati e ne' musicanti de' regimenti, à trovato che la mortalità per tubercolosi polmonale è di 1 su 14 ne' primi e di 1 su 7 ne' secondi. Però è sembrato allo stesso autore che lo esercizio della voce, senza abusarne, sembra piuttosto diminuire anzichè aumentare la proporzione degli etici; questa opinione, che i fatti precisi non hanno ancora ben stabilito, sembra però molto probabile.

Altre volte la eticia si considerava come una conseguenza, frequente della emottisi; è questa una specie che Morton avea chiamata *phthisis ab haemoptae*; però i fatti hanno oggi dimostrato che la emottisi, lungi di essere la causa era per lo contrario lo effetto de' tubercoli. La opinione contraria, siccome l'osserva Laënnec, non è ancora poggiata che sopra un'applicazione poco riflettuta dell'assioma *post hoc, ergo propter hoc*. In fatti il primo sintomo inquietante, e proprio a poter manifestare molti etici, è una emottisi grave. Si comprende benissimo

mo che i tubercoli possono determinare la emorragia polmonale; però non si comprende come potrebbe aver luogo il contrario.

La eticia polmonale succede qualche volta dietro le malattie piretiche: quelle che più spesso hanno questo risultato sono le febbri intermittenti prolungate e le febbri tifoidee, le febbri cruttive, specialmente il morbillo ed il vaiuolo: viene pur frequentemente in seguito a certe malattie debilitanti, come il diabete, la galatirrea, o siccome lo abbiamo detto, una lattazione troppo prolungata.

Ad una certa epoca, i medici credevano al contagio della eticia. Si conosce, per esempio, che Morgagni aveva aperto appena alcuni cadaveri di etici, pel solo timore di contrarre la loro malattia. Questi timori erano chimerici: però senza credere precisamente al contagio della eticia, due eminenti professori Laënnec ed Andral, consigliano come misura di prudenza, alle persone che vivono abitualmente cogli etici, di prendere alcune precauzioni, specialmente ad un periodo avanzato della loro malattia, ed evitare specialmente che un individuo dorma nella stessa atmosfera. Questi consigli sono buoni, atteso che i miasmi che i corpi degli etici esalano, non possono che nuocere alla salute; però crediamo che non avvi niente di fondato sul timore del contagio, almeno nel clima in cui viviamo.

Cura. — Abbiamo detto che la guarigione della eticia non era impossibile; però dobbiamo pur confessare, con Laënnec, che l'arte non possiede alcun mezzo certo di arrivare a questo scopo. Checchè ne sia, dobbiamo chiamare un istante l'attenzione su i principali rimedi vantati siccome forniti di virtù più o meno specifiche.

Troviamo in primo luogo gli antilogistici, mezzi de' quali si è molto abusato or son venti anni; ma gli uomini sperimentati che ne hanno tentato l'uso hanno conosciuto che, lungi dal guarire gli ammalati, i salassi affrettavano il corso della malattia: essi non convengono che a titolo di mezzi palliativi, e per combattere certe malattie intercorrenti. Intendasi lo stesso de' vescicanti, de' cauteri, de' setoni e della moxa. Dopo aver studiato accuratamente l'azione di questi mezzi per molti anni, sono stato indotto a riguardare tutti gli esutori come privi di qualunque utile effetto sul corso della eticia; li credo anche nocivi perchè debilitano gli ammalati senza alcun vantaggio per essi; quindi vorrei vederli proscritti dalla cura della eticia, e se qualche volta si è costretto dalle istanze degli ammalati o de' parenti a derogare da questa regola, bisogna limitarsi a far applicare sul braccio o sul petto un piccolo cauterio che si farà curare il meno possibile. Laënnec, Andral e Louis, non hanno conosciuto più di noi negli esutori maggior vantaggio nella cura della e-

licia. Gli evacuanti di qualunque specie, e specialmente i purganti, sono stati pur conosciuti dalla esperienza siccome inutili ed anche nocivi.

Tra i medicamenti che hanno goduto in questi ultimi tempi di una certa riputazione, debbo citare dapprima il *cloro in fumigazioni*, ma oggi quasi tutti sono convinti della sua inefficacia: il Signor Andral lo ha conosciuto inutile; il Signor Toulmouche non lo ha veduto proficuo che nel catarro cronico. Oltre a chè questo mezzo non è privo d'inconveniente; in fatti esso ha spesso risvegliato la tosse, provocato l'emottisi ed acceso la febbre; in fine aggiungiamo che i fatti riportati in favore del cloro non sono affatto concludenti. Ciò è stato perfettamente dimostrato dal Signor Louis nella novella edizione delle sue *Recherches sur la phthisie*. Un altro medicamento che ha potuto risvegliare per qualche momento le speranze, perchè fu vantato da un medico di talento, il Signor Amodeo Latour è il *cloruro di sodio*, che si amministra per molti mesi di seguito a dosi progressivamente crescenti da 2 ad 8 gramme al giorno nel brodo o nell'ostia. Avendo sperimentato questo mezzo sopra moltissimi ammalati nell'anno 1839 e 1840 non è potuto conoscere in esso alcun vantaggio: il Signor Louis non è stato più felice di me.

Passerò sotto silenzio il *sotto carbonato di potassa*, proposto dal Signor Pascal di Strashourg, ed il *sale ammoniaco* dato dal dottor Cless, di Stuttgarda, e la *digitale*, e l'*acido idrocianico*, i *balsamici* allo interno e sotto forma di suffumigi, le *preparazioni solforose*, le acque minerali di qualunque specie l'atmosfera di *mare* stabilita artificialmente nelle sale mediante il *varech* (*avanzì di nave sommersa e gittati sull'arena*), mezzo sul quale Laënnec aveva fondato qualche speranza: In vano hanno fatto dimorare gli etici per mesi intieri nelle stalle, per sottometerli ad una temperatura quasi uniforme, e far loro respirare un'aria che si credeva dotata di proprietà risolventi. Diamo termine alla lista de' medicamenti empirici citandola *creosota* impiegata allo esterno e per fumigazioni, che è veduta sempre di nullo effetto; l'*olio di fegato di baccalà*, il *ioduro di potassio*, che è amministrati in questi ultimi anni con grande perseveranza, e ciò senza alcun vantaggio. In fine che diremo del *proto ioduro di ferro*, tanto raccomandato dal signor Dupasquier di Lyon, che lo dà incominciando da 12 goccie sino a 40 nel corso del giorno? Il Signor Louis, avendo sperimentato questo rimedio su più di sessanta etici, non vi ha trovato alcuna utilità.

Tra tutti i mezzi però tentati sin ora contro la elicia, non avviene alcuno, secondo Laënnec, che più sia stato seguito dalla sospensione o dalla scomparsa totale degli accidenti quanto il cambiamento del luogo. Così si consigliano in generale agli etici

de' paesi umidi e freddi di andare a vivere ne' climi più dolci; si mandano il più delle volte in Italia, dove abitano in Roma, Pisa o Nizza in preferenza di Napoli, o pure vanno nel Pò, o sul litorale della Provenza, come Hyères; si potrebbero scegliere con altrettanti vantaggi Frejus o Cannes. Però sembra provato, specialmente dopo le ricerche del dottor Clarke, che il clima di Madera è quello che merita la preferenza: quest'isola in fatti à una temperatura media più elevata di 5. di quella di Napoli e di Provenza: il suo inverno è di 20 più caldo di quello di Londra, e la sua està non à che un calore di 7. di più. In oltre, il clima di Madera è rimarcabile per la grande eguaglianza nella distribuzione della temperatura durante il corso dell'anno, e non vi si osservano che in modo eccezionale quelle variazioni brusche, inconveniente che trovasi in tutti gli altri paesi. Tutto porta a credere ancora che Taiti e le isole Sandwich sono egualmente luoghi la cui dimora sarebbe utilissima a' petti delicati. Non solo bisogna consigliare agli etici di lasciare i climi freddi o temperati, ma anche a coloro che abitano i climi caldi, come il mezzo giorno della Francia e della Italia: quelli si manderanno ne' paesi anche più caldi: quindi è che i Latini, per esempio Celso, consigliavano a' loro ammalati di petto il soggiorno dell'Egitto, specialmente di Alessandria. Sarebbe però un grave errore quello di credere essere sufficiente per una persona predisposta alla eticia di fuggire un paese freddo, ed andare a vivere in un clima caldo, per esimersi dalla malattia, perchè i medici inglesi ci fanno conoscere che i loro compatriotti i quali arrivano ne' paesi intertropici, specialmente alla Giamaica con una disposizione etica, veggono tosto gli accidenti esacerbarsi, e la malattia seguire un corso acuto (Fergusson). Si dice pure che la malattia esercita spaventevoli straggi nelle ricche Inglesi di Madras, le quali partite dalla metropoli piene di vigore, dopo alcuni anni di dimora, vanno a morire sulla costa malsana, della quale l'aria più dolce è meno scottante sembra prometter loro una sicura guarigione (Guérard).

Non solo si è consigliato di allontanare gli etici dalla loro patria, ma si è pur detto di farli abitare sulle rive del mare, il che non produce certamente alcun vantaggio per essi. Non succede però del pari de' viaggi che si fanno per mare, vantati contro la pulmonia quasi da tutta l'antichità. Celio Aureliano, Areteo, Celso, Plinio li hanno raccomandati; Mead e Boerhaave si sono dichiarati partigiani. Il mezzo di cui è parola sembra essere stato frequentemente utile; però la scienza attende ancora maggiori documenti e più precisi sopra una quistione che gli autori francesi hanno trascurato generalmente, ma ch'è stata studiata in Inghilterra con qualche cura, specialmente da Gilchrist

nell'ultimo secolo e dal dottor Clarke pochi anni sono. In fatti non cade dubbio che si son veduti etici dimagrati, minacciati dalla febbre etica e dalla diarrea, ristabilirsi in modo inaspettato per un tempo più o meno lungo e qualche volta definitivamente, dopo una navigazione in pieno mare per lo spazio di alcune settimane o di alcuni mesi.

Cura palliativa. — Se la etica non può guarirsi quasi mai, è almeno in potere dell'arte di calmare i patemi ed alcuni degli accidenti che depauperano gli ammalati, e di troncare o almeno rallentare il corso della malattia.

Nel primo periodo, si consiglierà il riposo, l'uso di alcune bevande dolci, pettorali, latte colla gomma, le piante ed i frutti pettorali, coll'avena mandata, il lichene islandico, il *ficus crispus*. In simile caso, si raccomanda pure il lattiginio, e specialmente il latte di asina. Bisogna però convenire che così operando si obedisce più alla rotina che alla pratica illuminata; perchè, in molti ammalati, la dieta lattea debilita lo stomaco, eccita la diarrea, ed addiviene perciò una novella causa di debolezza. La maggior parte degli etici essendo naturalmente deboli, linfatici, molti essendo stati indeboliti dalle differenti cause si deve preferire, siccome lo consiglia il Signor Louis, di amministrar loro qualche bevanda amara, leggermente aromatica, di loro prescrivere l'acqua ferrata naturale o artificiale (Spa, Passy, Jorges), o una preparazione qualunque di ferro. Se avvi veglia, e se questa è specialmente prodotta dalla frequenza della tosse, si amministrerà lo stramonio, o anche meglio una preparazione oppiata che riesce anche molto più dell'acido idrocianico per calmare la dispnea. Il malato avrà un nutrimento riparatore; abiterà una camera ben esposta; si garantirà da tutte le variazioni atmosferiche: la sua pelle sarà coperta di flanelle. In simile circostanza il cambiamento del clima è utile; perchè gli ammalati portandosi in climi caldi possono durante l'inverno, oltre a' benefici della temperatura, darsi ancora agli esercizi all'aria libera, il che contribuisce moltissimo allo ristabilimento delle forze. Quando esiste la febbre, bisogna sottoporre gli individui ad una dieta dolce; però non è una ragione d'indebolirli colla dieta, e specialmente cogli antilogistici, a meno che non esistino complicate.

Vi sono alcuni accidenti i quali richiedono una cura speciale, tali sono le emottisi, i dolori toracici, la diarrea i sudori. Se lo individuo è ancora forte, la emottisi cederà spesso con un piccolo salasso rivulsivo, se poi si prolunga, o se assale individui, bisognerà impiegare gli astringenti specialmente l'estratto di ratania, le decozioni di cachou, le bevande acidole, le pillole di allume, nitrato di potassa, la ligatura delle membra; in fine, nei casi estremi, in vece delle applicazioni di ghiac-

cio sul petto, consigliate da alcuni medici, si preferirà un largo vescicante; siccome lo voleva Mertens, ed anche meglio un vomitivo a titolo di perturbatore. Il Signor Ruz è raccomandato l'uso dello emetico in simil caso, ed io ho avuto occasione di sperimentarne i buoni effetti, nelle circostanze ove tutti gli altri mezzi erano tornati vani. Quando esistono dolori toracici, bisogna indicarne le cause; se dipendono da una flemmasia pleurale, si vincono o si calmano con alcune coppe a vento, o con poche sanguisughe. Se dipendono da una nevralgia intercostale si trionfa mediante uno o molti vescicanti applicati su i punti addolorati.

La diarrea ligandosi quasi sempre alla tubercolosi degli intestini, bisogna diminuire la quantità degli alimenti o anche prescriverli completamente; si sceglieranno sempre quelli i quali, molto nutritivi, danno pochi escrementi; in fine si amministreranno alcune bevande mucillaginose, la decozione di risi o la decozione bianca ec., mezzi a quali si associeranno i clisteri amilacci con 6 sino a 10 o 16 gocce di laudano di Sydenham una o molte volte nel corso del giorno. Il sotto nitrato dibismuto, la teriaca, il diascordio, amministrati per la bocca, saranno dati per la stessa indicazione. Le funzioni dello stomaco saranno invigiliate. Molti ammalati soffrendo peso, dispnea ed acidità bisogna risvegliare la energia dell'organo con alcune bevande amare, coll'uso dell'acqua di Seltz, di Vichy, di Bussan di Spa; se poi questi disturbi sono sintomatici dello ammolimento, se esistono vomiti ostinati, si prescriveranno le bevande fredde ghiacciate, il latte puro o spezzato coll'acqua di Vichy, che gli ammalati prenderanno a cucchiaini; in fine si applicherà un vescicante allo epigastrio.

Contro i sudori, il Signor Fouquier è consigliato il sotto acetato di piombo, cominciando da 5 a 10 centigrammi da prendersi la sera; noi però preferiamo l'agarico bianco alla dose di 25 o 50 centigramme; è questo un medicamento che consideriamo come efficacissimo. Se lo stato dello intestino non vi reca ostacolo si può amministrare una infusione fredda di chinachina.

La oppressione può essere eccessiva: se questo accidente dipende dallo accumulo di sputi nella trachea e ne' bronchi, si darà una infusione di poligala, le pozioni collo sciroppo di tolu, il chermes e l'ossimle scillitico, o anche meglio si prescriverà la ipecacuana a dosi rifratte. Se la dispnea non dipende da questa causa nè da una flemmasia intercorrente, si cercherà di moderarla con i sinapismi ambolanti sulle membra inferiori, o coll'amministrazione dell'oppio e dell'acido idrocianico: in tal caso si consiglia pure di applicare sul petto degli empiastri narcotici (di cicuta) o rubefacienti (pece di Bourgogne). o un vescicante, o si praticano le frizioni coll'olio di croton o colla pomata stibiata.

DELLA ETICIA BRONCHIALE

La tubercolosi de' gangli de' bronchi, che osservasi nella metà degli adulti i quali muoiono etici, non costituisce generalmente in essi che un epifenomeno, che una lesione accessoria e quasi di nessuna importanza; però non avviene così per i giovani. In fatti ne' fanciulli i tubercoli de' bronchi sono quasi sempre tanto comuni quanto quelli de' polmoni, co' quali coesistono quasi sempre. Però, siccome spesso a questa età essi danno luogo a de' sintomi speciali, e possono divenire la sorgente di pericolosi accidenti, crediamo dover consacrare a questa malattia della infanzia un particolare articolo (1).

Storia. — La tubercolosi de' gangli bronchiali è stata studiata da pochi anni soltanto. Il primo scritto dovuto al Signor Leblond, data dal 1824 (*Thèse de Paris*); due anni dopo, un medico di Berlino, il Signor Becker, fece pure di questa malattia il soggetto della sua Tese inaugurale; questi lavori, l'uno e l'altro distintissimi, sono stati seguiti da alcune ricerche del Signor Berton e del Signor Becquerel. Ma il lavoro più completo che possediamo è dovuto a' signori Rilliet e Barthez i quali, negli *Archives* del 1840 e 1842, e più di recente nelle loro opere, anno, mediante le loro osservazioni, e quelle de' loro antecessori, presentato un quadro fedele della malattia. Dalle ricerche coscienziose di questi due abili osservatori noi copieremo i principali dettagli che siamo per dare.

Anatomia patologica. — Siccome lo aveva detto Laënnec, e siccome è stato confermato di poi da' signori Rilliet e Barthez la materia tubercolosa esiste ordinariamente ne' gangli de' bronchi allo stato d'infiltramento: questi organi sono invasi dal centro alla periferia. Dopo un tempo più o meno lungo, i tubercoli si ammolliscono del pari di quelli de' polmoni; alcuni possono passare allo stato cretaceo, ma questa trasformazione è quasi sempre parziale e non occupa comunemente che una porzion dell'organo. I gangli tubercolosi aumentano di volume; in altri casi, essi sono più numerosi, più ravvicinati gli uni agli altri e più voluminosi: quindi i signori Rilliet e Barthez ne han veduto di quelli che avevano il volume di una grossa uela. Soltamente i gangli esterni a' polmoni possono acquistare una sì grande ampiezza; i gangli interni, cioè quelli che sono situati nel complesso de' vasi sanguigni ed aerei in fatti, sono sempre

(1) La eticia de' bronchi non è esclusiva della infanzia, il Signor Marchal di Calvi l'a' osservata due volte nello adulto.

più piccoli e non oltrepassano il volume di una nocella e di una piccola mandorla: si sieguono nella profondità dell'organo sino al livello della terza e qualche volta della quarta divisione de' bronchi. Il più spesso, aggiungono i signori Rilliet e Barthez, sono accollati a condotti aerei nel senso della loro lunghezza; altre volte la loro riunione forma una specie di mezza luna che circonda una parte della circonferenza del bronco.

Questi ganglii sono generalmente avvolti da una cisti sottile alla quale stà intimamente aderente uno strato di materia tubercolosa. In rapporto co' diversi organi, essi li comprimono o pure si uniscono ad essi e si vuotano nel loro interno. Quindi si son veduti di questi ganglii comprimere l'aorta, l'arteria e le vene polmonali, la vena cava superiore e la vena azigos; più spesso la compressione à luogo sulla trachea che i bronchi principali, sul polmone, qualche volta su i nervi pneumo-gastrici e sullo esofago.

Quando i ganglii ammoliti comunicano con alcuni degli organi che loro stanno vicini, è quasi sempre co' bronchi, ciò che si spiega per i rapporti che ànno con essi e perchè questi non possono fuggire innanzi alla compressione siccome lo fanno molti altri organi, specialmente lo esofago. La cisti comunica qualche volta col tessuto polmonale, e senza attenzione, si potrebbe credere facilmente che esiste una caverna scavata nel parenchima istesso del polmone. L'errore è facile quando il ganglio è profondamente situato: però i signori Rilliet e Barthez credono potersi facilmente distinguere queste false caverne dalle vere, avendo riguardo alle seguenti circostanze. In generale, le caverne ganglionali sono levigate e rivestite da una falsa membrana rossastra; esse sono poco spaziose, e comunicano co' bronchi verso la parte laterale; la loro apertura è rotonda ed a bordi sottili; in fine ànno sede quasi sempre alla base de' polmoni, ben differenti sotto tutti i rapporti dalle caverne polmonali, che sono più vaste, più irregolari, traversate in tutti i sensi da briglie e da chiusure incomplete; esse comunicano inoltre co' bronchi, e sono finalmente ad una distanza più o meno grande dalla radice de' polmoni. Sono stati veduti i ganglii tubercolosi comunicare tre volte coll'arteria (Berton, Rilliet e Barthez) e collo esofago (Leblond, Berton). Forse non esiste esempio dove siano state vedute le cisti rimporsi. Se un simile accidente avesse luogo, ne risulterebbe meno spesso un pneumo torace che un ascesso de' mediastini ed un enfisema, per la ragione che i ganglii sono situati allo esterno della sierosa ed accollati ad uno de' bronchi madri. Se un pneumo-torace avesse luogo, non sarebbe che dopo che la massa tubercolosa ganglionare, unita ai tubercoli polmonali ammoliti, e formando con essi caverna unica, avrebbe forato il polmone.

Sintomi, diagnosi. — Dopo aver letto la descrizione data da signori Rilliet e Barthez, si è convinto che la tubercolosi dei gangli de' bronchi non à alcun segno speciale che la caratterizzi, ma che i disturbi funzionali che osservansi, risultano unicamente dalla compressione che gli organi ammalati esercitano su i visceri vicini. Non insisteremo di molto su questo soggetto, perchè abbiamo più sopra indicato dettagliatamente i disturbi che risultano dalla compressione della vena cava, de' condotti aerei, e dello esofago, quando abbiamo trattato de' restringimenti. Il distendimento o la compressione del pneumo-gastrico altera il suono della tosse e della voce, e produce degli accessi di asma intermittenti e de' conati di tosse simili a quelli che che osservansi nella pertosse. I signori Barthez e Rilliet hanno osservato che la tubercolosi de' gangli bronchiali, sia che esistesse sola, sia specialmente che coincidesse con qualche lesione polmonale ancora poco avanzata, poteva produrre diverse alterazioni del rumore respiratorio, come respirazione dura, espettorazione prolungata, soffio tubario, fenomeni che si scorgono specialmente alla sommità ed in dietro, rarissimamente in avanti. Questi autori spiegano il fenomeno dicendo che i gangli tubercolosi, appoggiando sulla colonna vertebrale da una parte e dall'altra su i bronchi, trasmettono direttamente all'orecchio i rumori che hanno luogo in questi condotti, rumori che nello stato normale non si osservano, perchè sono separati dall'orecchio mediante uno strato più o meno denso delle parti molli. I fenomeni stetoscopici, come anche i segni di compressione, sono rimarcabili pel loro corso irregolare e per le alternative che presentano. Oltre a chè i primi mancano sempre quando i tubercoli de' bronchi ammoliti comunicano largamente con i bronchi; questa comunicazione non può essere conosciuta durante la vita. Torna inutile dire che la comunicazione con un vaso dà luogo ad una emorragia fulminante; quella che si stabilisce collo esofago rende la deglutizione difficile e provoca i conati di tosse; in fine quando il polmone è forato, producesi il pneumo-torace.

Si vede con ciò quanto torni difficile il più delle volte di conoscere la tubercolosi de' bronchi: la diagnosi è tanto più oscura, che la malattia è raramente isolata e che coesiste colle lesioni gravi dei polmoni. I soli segni che offrono qualche valore sono quelli che indicano una compressione degli organi pectorali; in fatti, quando un fanciullo di tre a quattro anni il quale tosse, dimagra, ed à la febbre, la diarrea ed i sudori notturni, presenta i segni di compressione del lato della vena cava, dello esofago, della trachea o de' bronchi, si dovrà quasi con certezza diagnosticare una degenerazione tubercolosa de' gangli de' bronchi. Si giungerà a questa diagnosi per la via di esecu-

sione; perchè se in un adulto di simili accidenti dipendono quasi sempre da un tumore aneurismatico dell'aorta, non è però così del fanciullo, pel quale gli aneurismi aortici sono sconosciuti, e che per lo contrario è soggettissimo alla tubercolosi de' gangli bronchiali.

Pronostico. — Quantunque grave, la eticia de' bronchi lo è però meno che in quella de' polmoni.

Etiologia. — Tutti i periodi della infanzia sono quasi egualmente esposti alla tubercolosi de' gangli de' bronchi: la malattia è più comune ne' ragazzi che nelle ragazze sino alla età di undici anni; ma all'epoca della pubertà, non avvi più differenza tra i due sessi.

Cura. — La cura deve essere quasi la stessa di quella della eticia polmonale.

DEL CARREAU

Sinonimia. — Atrofia mesenterica, scrofole mesenteriche, tubercoli de' gangli mesenterici, eticia mesenterica, ec.

Il carreau è una malattia caratterizzata dalla tubercolosi de' gangli mesenterici, alterazione che produce la emaciazione, la febbre etica ed il marasmo. La parola *carreau* altro non è che una espressione metaforica, impiegata per indicare la durezza, la resistenza, il gran numero de' tumori mesenterici. Non deve applicarsi alla tubercolosi poco estesa de' gangli mesenterici, ma solamente ne' casi in cui quest'alterazione, essendo considerabile, addi viene predominante su tutti gli altri. Il carreau in tal guisa studiato non è una malattia eccessivamente comune, perchè, dopo i calcoli de' signori Rilliet e Barthéz, si osserverebbe solamente sopra un sedicesimo de' tubercolosi. Ma, siccome lo abbiamo veduto precedentemente, si trovano spesso i tubercoli mesenterici; in fatti ne esistono quasi nella metà di fanciulli tubercolosi, e nella quinta parte degli adulti che muoiono etici.

Storia. — Non si trova alcuna indicazione precisa sul carreau che a contar dal secolo XVI.^o A quest'epoca, Benivieni di Firenze e Fernel dissero alcune parole de' tumori mesenterici; fu praticato del pari da Sidenham, da F. Hoffmann e da Sauvages. Però Morgagni diede per la prima volta la storia anatomica della malattia. Tale era lo stato della scienza quando la Facoltà di medicina di Parigi, avendo messo al concorso la storia del carreau nel 1787, decise pel premio in vantaggio dell'opera di Baumes, che in fatti era una monografia molto completa. Dopo quest'autore, la malattia non era l'oggetto di alcun lavoro capitale, ad eccezione però di quello di Joy in Inghilterra. Indicheremo ancora come buoni ad esser consultati, e che

in riassunto comprendono benissimo lo stato dalle nostre conoscenze, l'articolo inserito dal Signor Guersant nel *Dictionnaire de médecine*, quello de' signori Delaberge e Monneret nel loro *Compendium*; e finalmente il capitolo che i signori Rilliet, e Barthéz hanno consacrato nel loro libro sullo studio del carreau.

Anatomia patologica.—Nel carreau, i gangli mesenterici sono aumentati di volume; la loro grossezza varia da quella di un pisello sino a quello di una grossa castagna o di un uovo; riuniti tra essi formano una massa dura o molle, bernoccluta, qualche volta del volume di due pugni riuniti, poco o nulla mobile, e collocata in avanti della colonna vertebrale, sull'aorta e la vena cava inferiore. I gangli incisi offrono un diverso aspetto, secondo l'epoca in cui si esaminano. Allo sviluppo vi si trovano qua e là, infiltrate, le granulazioni grigie, semi trasparenti, e la materia tubercolosa, giallastra, separate da porzioni ancora sane di tessuto. Però questo si distrugge a poco a poco ed è rimpiazzato da una novella quantità di materia tubercolosa; in fine à luogo un'epoca in cui il ganglio, completamente trasformato, somiglia perfettamente, pel suo volume, per la sua densità, ad una castagna priva del suo involucro. Vi sono però dei gangli che non sono meno alterati: così, quando uno di questi organi è parzialmente invaso, il tessuto che avvicina i tubercoli è qualche volta perfettamente sano: più spesso è di un grigio roseo ed un poco ammolito; qualche volta è grigiastro, indurato e friabile, alterazione forse consecutiva al deposito della materia tubercolosa e che è analoga allo induramento grigio che osservasi sì comunemente attorno alle caverne polmonali. I tubercoli mesenterici, che spesso sono circondati da un cistico, possono ammolirsi; ciò avrebbe luogo, secondo i signori Rilliet e Barthéz, più spesso da tre a dieci anni anziché prima o dopo questa età. Quando l'alterazione non è molto estesa, la materia tubercolosa può subire la trasformazione di malta o cretacea, il che sarebbe un modo di guarigione.

In generale, in quelli che muoiono pel carreau, il petto si trova intatto; però esistono quasi sempre i tubercoli in alcuni altri organi specialmente ne' polmoni e nello intestino. Quest'ultimo viscere offre sulla metà e più degl'individui (Guersant) delle ulcerazioni, nel fondo delle quali esistono i tubercoli miliari. Però non bisognerebbe prendere autorità da queste lesioni per dire con alcuni che lo ingorgo e la degenerazione de' gangli non è che un'effetto dello stato dello intestino; perchè non esiste tra i due ordini di lesioni alcun rapporto di causa ad effetto; esse non sono in proporzione l'una coll'altra, ma tutte due sono la espressione della stessa causa, della stessa diatesi.

Sintomi. — Il carreau si sviluppa lentamente, in modo oscuro. Quasi tutti i fanciulli si fanno pallidi, deboli soggetti alla

diarrea. Dopo un tempo più o meno lungo, si vede comunemente, ma non sempre, lo sviluppo del ventre e la sua tumefazione; quando le pareti addominali si lasciano deprimere, si distinguono col tatto i tumori duri, ineguali, corrucati, fissi e più spesso alquanto mobili, situati in vicinanza dell'ombelico o verso i fianchi. La pressione è generalmente indolente; però qualche volta risveglia dolori molto vivi senza che lo stato dei gangli del petto e dello intestino potesse render conto di questo eccesso di sensibilità. Gli ammalati hanno quasi sempre la diarrea il che dipende meno dal carreau che dalle ulcerazioni intestinali che esistono quasi sempre: le materie escrete sono variabilissime in quanto al loro colorito, al loro aspetto, e non è vero che siano comunemente argillose. La diarrea è continua o pure alterna colla costipazione: questo è il solo disturbo alquanto costante che presentano gli organi digestivi. Per lo appetito, esso è variabile; ora è negativo, più spesso si conserva o pure è irregolare. Si è detto che i fanciulli affetti dal carreau erano insaziabili ed avevano molta voracità; però non pare che questo fenomeno, il quale è raro, sia sensibilmente più comune nel carreau che nella tubercolosi degli altri organi, ed anche nella enterocolite cronica. La lingua è sempre umida e netta, la sete variabile; non esiste quasi mai vomito. Si è preteso, che nel carreau, la urina era bianca, lattiginosa, che la saliva era spessa e vischiosa e che il sudore, abbondante, esalava un forte odore acido; questi fenomeni si osservano di rado.

Però, quando la malattia è grave, i fanciulli sono minacciati dalla febbre etica; dimagrano, e si consumano, le membra inferiori sono escarni e proporzionalmente più magre delle superiori; però in simil caso, torna difficile fare la parte esatta che spetta al carreau, atteso che esistono quasi sempre de'tubercoli in alcuni altri organi, e specialmente nei polmoni, dove ne esistono ne' cinque sestì e più degli ammalati: quindi la maggior parte di essi tossiscono ed hanno sudori notturni.

La tubercolosi de' gangli mesenterici, a meno che non sia molto estesa, e quando esiste sola, non risveglia alcun disturbo nella economia. Ciascuno conosce la storia di quel negro di cui Morgagni ha parlato secondo Ingrassias, il quale, impiccato per un misfatto, in mezzo alle apparenze della più perfetta salute, presentò non per tanto, nello sparo del suo corpo sessanta tumori strumosi del mesentero, il cui volume variava dalla grossezza di un pisello sino a quella di un uovo di pollo. Bayle cita pure l'osservazione di una ragazzetta di cinque anni, di florida salute, la quale essendo morta di scottatura dopo cinque ore di sofferenze, portava nel suo mesentero, carico di adipe, dodici tubercoli suppurati, de' quali molti avevano acquistato il volume di una piccola noce; nessun altro organo

conteneva di questi prodotti. Il Signor Guersant à osservato di simili fatti.

Corso, durata, esito. — Il carreau sembra avere un corso lentissimo. Torna impossibile dire attualmente quale sia la sua durata media.

Non cade dubbio della possibilità di poter guarire il carreau. Quest' esito è forse anche ordinario ne' casi rari in cui la malattia è semplice e non à acquistato un grande sviluppo. Crediamo essere esatta cosa dire, con alcuni, che il carreau sia suscettibile di risoluzione, perchè la materia tubercolosa non può assorbirsi, ma solamente cambiare di natura; essa può subire, per esempio, la trasformazione cretacea.

L' esito funesto e la consunzione che lo precede, dipendono dalla pericolosa influenza che la diatesi tubercolosa esercita sulla costituzione intiera, e dalla molteplicità delle lesioni che produce. Si è creduto per lungo tempo che la emaciazione risultava dal perchè il chilo, non potendo più attraversare i gangli mesenterici; rifluiva verso lo intestino, ed era emesso per scarichi. Questa causa di consunzione non mi sembra tanto ipotetica per quanto si è detto, ma essa non rappresenta che una parte secondaria; perchè tutti i gangli non sono ammalati, tutti non lo sono allo stesso grado; e se la distrazione dell' organo non è completa, se il parenchima è solamente infiltrato, questi canali sono ancora permeabili, come lo provano le iniezioni fatte in Alemagna dal dottor Becker, il quale avendo spiato il mercurio a traverso i gangli diversamente alterati, à veduto la iniezione attraversarli liberamente ed arrivare ne' vasi esferenti; aggiungiamo in fine che supponendo tutti i gangli degenerati, le vene essendo permeabili, lo assorbimento potrebbe ancora aver luogo.

Diagnosi. — La diagnosi del carreau è difficile: il Signor Guersant, la cui pratica è sì vasta e lo spirito sì illuminato, considera la diagnosi di questa malattia siccome uno de' punti più oscuri della patologia della infanzia; dichiara che quasi tutti i sintomi assegnati sin oggi a questa malattia, non le appartengono affatto, ma dipendono da molte altre affezioni del ventre, colle quali si confonde spesso, perchè esse l' accompagnano ordinariamente e marciano con essa. Il sol sintomo patognomonico, il solo carattere positivo del carreau è la esistenza de' tubercoli mesenterici. In quanto al volume del ventre, pel quale, specialmente il volgo, crede alla esistenza del carreau, è questo un segno senza valore; perchè, siccome lo à notato il Signor Guersant, quasi tutti i fanciulli sino a tre o quattro anni offrono il ventre voluminoso, in ragione della estensione proporzionalmente maggiore del tubo intestinale, del volume del fegato, dello sviluppo de' gas che à luogo negli organi digestivi di co-

loro che digeriscono male o che hanno soltanto un alimento grossolano.

Pronostico. — Il pronostico è pericolosissimo: quando però la malattia esiste sola, quando non vi sono tubercoli in alcun'altra parte, almeno in nessun organo importante, la malattia può avere un esito felice; i gangli ritornano allora su di loro stessi e provano, come lo abbiamo detto, la trasformazione cretacea. Più il fanciullo è grande più avvi speranza. Quando i gangli hanno acquistato le dimensioni considerabilissime, quando la febbre etica è continua ed una diarrea colliquativa spossa gli ammalati, la morte è certa.

Etiologia. — I signori Rilliet e Barthez hanno provato per i loro risultati quanto fosse erronea la idea di coloro i quali considerano il carreau siccome una malattia frequente ne' ragazzi. Questi abili medici in fatti si sono assicurati che la tubercolosi mesenterica non colpiva mai o quasi mai i fanciulli al di sotto di tre anni. La malattia è tanto più leggiera in quanto il fanciullo è più giovane; essa è il suo massimo di frequenza da cinque a dieci anni, ed è rarissima da dodici a quindici. Gli stessi osservatori hanno dimostrato che i ragazzi erano colpiti in maggior numero delle ragazze. Le cause del carreau sono tutte quelle che producono la diatesi tubercolosa; però non si sa in quali casi questa diatesi si esercita in preferenza su i gangli mesenterici.

Cura. — Bisogna anzi tutto ordinare una buona igiene, collocare gli ammalati in un'aria buona; esporli al sole, rianimare le funzioni della pelle mediante i bagni salsi aromatici e iodati (acqua, 30 litri; iodo, 4 gramme; ioduro di potassio, 12 gramme), sottoporli ad un alimento sostanzioso, ma proporzionato alle forze digestive. Bisogna che gli alimenti, sotto un piccolo volume, contengano molti principi nutritivi; si potrà tentare allo interno l'uso de' ferruginosi e de' tonici, però in piccola dose e scegliendo i meno energici; bisogna astenersi da tutti i mezzi violenti che sono ancora usati in Inghilterra come i lassativi, il calomelano, i tonici energici, l'idroclorato di barite, gli antimoniali, il iodo, il solfo; per l'olio di fegato di baccalà potrà essere sperimentato.

DE' TUBERCOLI DE' RENI

Anatomia patologica. — Si trovano de' tubercoli ne' reni molto più spesso nel fanciullo che nello adulto; questi prodotti vi esistono sotto forma di granulazioni grigie, o pure sono tubercoli crudi; altra volta sono tubercoli ammoliti dopo l'evacuazione de' quali rimangono delle caverne più o meno spaziose. Le

granulazioni grigie e gialle hanno sede il più delle volte nella sostanza corticale alla superficie della quale esse non formano alcun rilievo; però esse vi si scolpiscono sotto forma di piccole macchie gialle che d'ordinario non sono in rapporto col volume del prodotto morboso. In generale il tubercolo non è chiuso in una cisti, e si distacca facilmente senza portar via seco alcuna porzione di tessuto; qualche volta pur anche la materia tubercolosa esiste nella sostanza corticale sotto forma di massa del volume di un'oliva o di un'avellana. Questi grossi tubercoli, che sono qualche volta chiusi in una cisti, separati dalla sostanza del rene mediante una membrana leggermente areolare alla sua faccia interna (Rayer), possono ammolirsi e vuotarsi nel tessuto cellulare e più spesso nel calicetto. Se molte di queste piccole caverne si uniscono tra esse, ne risulta una vasta saccoccia che può occupare una grande porzione dell'organo.

La materia tubercolosa può essere pure deposta sotto forma di polvere, o di piccoli granelli del volume di una testa di spilla, alla superficie e nella spessezza delle papille e sotto la mucosa de' calicetti e degli ureteri, ciò che le dà un aspetto ineguale. L'alterazione può anche propagarsi da là nella vescica, nel canale dell'uretra e sin anche nelle vescichette seminali. In seguito dello infiltramento tubercoloso, i calicetti acquistano spesso, secondo il Signor Rayer, una certa rigidità che l'impedisce di abbassarsi quando si pratica una coppa a' reni, e questa circostanza, unita al dilatamento, loro dà l'apparenza degli incavi tubercolosi.

Su sedici casi di degenerazione tubercolosa de' reni, il Signor Rayer non à veduto che due volte la tunica esterna partecipare all'alterazione. Quando non esistono che granulazioni grigie e tubercoli disseminati, il tessuto renale è sano e l'organo conserva quasi il suo volume: in fatti è cosa rara che esso sia diminuito; per lo contrario è quasi sempre aumentato. Ne' fanciulli si veggono ordinariamente i tubercoli invadere i due reni ad un tempo; non à luogo però del pari nello adulto, nel quale si trova più spesso l'alterazione limitata ad un solo di questi organi. La tubercolosi de' reni, a qualunque età abbia luogo, coincide quasi sempre colla presenza de' tubercoli, non solo ne' polmoni, ma ancora ne' diversi organi.

Sintomi. — Il Signor Rayer confessa la impossibilità di diagnosticare i tubercoli renali quando non comunicano ancora con i canali escretori. È vero che qualche volta l'urina contiene un poco di albumina; ma qu sto carattere, potendo esistere in molte malattie, non à un valore diagnostico certo. Quando i tubercoli ammoliti si vuotano ne' calicetti e negli ureteri, l'urina è torbida al momento della emissione, e tiene in sospenso de' grumi non fibrinosi che precipitano nel fondo del vaso. Questo sc-

dimento esaminato col microscopio, sarebbe formato, secondo il Signor Rayer, in gran parte da globuli mucosi, e qualche volta sanguigni, da una materia organica che non si scioglie negli acidi istesi, siccome à luogo per i fosfati e gli urati, sali i quali costituiscono ordinariamente il sedimento delle urinc. Questa materia organica, secondo lo stesso autore, non offre al microscopio che granelli distintissimi di globuli purulenti e sanguigni. Il miscuglio del detritus tubercoloso colla urina offre questo di particolare, che spesso osservansi notabilissime differenze nella porzione di questa materia, non solo nelle diverse emissioni operate per lo spazio di molti giorni, ma pure nelle emissioni di una stessa giornata. Giammai, secondo il Signor Rayer, la proporzione della materia tubercolosa nella urina può essere paragonata a quella del pus ne' casi d'infiammazione del calicetto o della vescica. Quando gli accidenti che precedono si osservano in un individuo tubercoloso, bisognerà sospettare che il rene è colpito dalla stessa degenerazione.

La tubercolosi de' reni riconosce le stesse cause della tubercolosi degli altri organi. Non avvi alcun special trattamento ad opporsi.

DELLA MALATTIA SCROFOLOSA

Sinonimia. — umori freddi, scrofole. Scrofolo viene da *scrofa* o *troia*, per la simiglianza che passa tra gl'ingorghi degli scrofolosi e quelli che si sviluppano frequentemente nella troia.

Definiremo la malattia scrofolosa uno stato generale costituzionale caratterizzato dalle diverse lesioni che hanno luogo nelle parti molli e nelle ossa, specialmente dallo ingorgo cronico e la tubercolosi de' gangli linfatici.

Storia. — Questa malattia à fissato l'attenzione de' medici sin dalla infanzia dell'arte. In fatti Ippocrate ne parla in molti passaggi delle sue immortali opere, e non avvi alcun autore dopo lui e specialmente dopo Galeno che non ne abbia trattato. È una delle malattie sulla natura delle quali molto si è parlato in modo vago, specialmente a partir dal secolo XVI.^o La oscurità che presentava la sua istoria decisero l'Accademia di chirurgia nel 1751, e trent'anni dopo, la Società reale di medicina, ad aprire un concorso sulle malattie scrofolose, il che ci procurò i lavori di Bordeu, di Faure, di Charmetton, e più tardi quelli, di Baumes, di Kortum e di Pujol. Il zelo de' medici con si è arrestato, poichè la scienza si è arricchita d'allora in poi di molti trattati speciali; i principali sono quello di Hufelaad, in Alemagna, e quelli di Lepelletier e di Baudelocque in Francia.

In fine il Signor Lugol il quale si è dedicato con tanto successo per moltissimi anni allo studio delle scrofole, à pubblicato poco dopo alcune ricerche interessanti sulle cause di queste malattie. Rimane solo il dispiacere che l'autore non abbia adottato, per la esposizione delle sue idee, un metodo più rigoroso, e che non abbia appoggiato le sue opinioni, spesso molto dubbie, a risultati numerici.

Anatomia patologica. — Diversissime lesioni si trovano presso gli scrofolosi. Si osserva quasi sempre uno sviluppo insolito de' gangli sotto mascellari e di quelli delle parti laterali del collo. L'alterazione si diffonde qualche volta ne' gangli de' bronchi. Esse possono anche occupare quelli del mesentero, e più di rado forse quelli di alcune altre parti, come gl'inguini o le ascelle. I gangli ammalati hanno acquistato un volume che varia da quello di una piccola noce sino a quello di un grosso uovo di gallina. L'alterazione non è giunta da per tutto allo stesso grado; in certi il tessuto è solamente indurato rossastro, più lungi è consistente, denso, simile pel colorito e la consistenza alla carne di vitello cotta e lavata. Si trova quasi sempre la materia tubercolosa in maggiore o minor quantità, ora solamente infiltrata, altre volte riunita in masse, separate le une dalle altre dal tessuto cellulare laminale. Il tessuto de' gangli è allora completamente distrutto; i tubercoli sono essi stessi a diversi stati. Quando la malattia è avanzata, sono ammoliti sopra una grande estensione; molti sono nello stato di ascessi, aperti allo esterno, e si osservano allora de' solchi fistolosi più o meno lunghi, i notabili scollamenti della pelle, le suppurazioni diffuse, gl'induramenti cronici che de' gangli hanno occupato le parti molli circostanti. Le ossa, specialmente le spungiose, e tra queste quelle del carpo, e del metacarpo specialmente, come pure quelle del tarso o del metatarso, le falangi delle dita e delle dita grosse del piede, i corpi delle vertebre e gli estremi articolari delle ossa lunghe, sono la sede di osteiti e di periostiti, di carie o di necrosi; vi si osserva spesso la materia tubercolosa a diversi gradi di sviluppo; è questa un'alterazione sulla quale le ricerche de' signori Nichet e Nélaton hanno gittato in questi ultimi tempi una viva luce. Non insisteremo di molto su queste lesioni delle quali quasi tutte rientrano nel dominio della chirurgia. Torna pure superfluo dire che, negli scrofolosi i quali periscono ad un periodo avanzato, si trovano de' tubercoli in uno o molti organi: quindi si osservano quasi costantemente ne' polmoni. Ma è egli necessario, per caratterizzare questa malattia, che tali prodotti accidentali esistano? Non lo crediamo, perchè pensiamo che vi siano lesioni delle parti molli e delle ossa che appartengono manifestamente alle scrofole, quantunque esse non coincidono co' tubercoli: queste lesioni si sviluppano allora sotto

la influenza dello stesso stato generale de' tubercoli, ma questi debbono essere considerati come la espressione della diatesi ad un più alto grado. Quando esistono caratterizzano la malattia; essi costituiscono come lo dice il Signor Lugol, il suo segno patognomonico e danno il valore a tutte le altre alterazioni.

Caratteri della costituzione scrofolosa. — Si è osservato che molti individui che sono predisposti alla scrofola offrono i tratti di una costituzione o di una complessione speciale; quindi hanno la pelle bianca, fina, morbida e rosea; spesso sanno poco grasso, di forme rotonde, ed una cert'aria di freschezza. La mascella inferiore è più larga e come quadrata; le pinne del naso e le labbra sono voluminose, siccome gonfie; le gole sono protuberanti, le articolazioni più grosse, la statura è piccola o molto snella, la testa è comparativamente più voluminosa. Questi individui sono soggetti sin dalla infanzia alla coriza, alle angine, alle oftalmie agli scoli delle orecchia, alla diarrea, alle eruzioni pustolose e vescicolari, specialmente sulla faccia, sul cuoio capelluto e dietro le orecchia; hanno una debole energia muscolare; sono infingardi, resistono male alla fatica; gli organi digestivi e genitali non hanno nè anche una maggiore attività; gli ultimi sono ordinariamente ritardati nel loro sviluppo; nelle donne la mestruazione si determina più tardi del solito, ed il Signor Lugol ha osservato in oltre, che esse abortiscono con estrema facilità. Tutti gl'individui che presentano i caratteri della predisposizione della quale abbiamo dato i principali tratti non divengono però scrofolosi, e dall'altra parte, si veggono le scrofole spesso in quelli che non vi sembrano affatto predisposti per la loro costituzione.

Sintomi, corso. — I sintomi sono stati divisi in locali e generali. I primi variabilissimi per la loro sede, sono quelli che danno luogo comunemente alla idea della esistenza della malattia. Si comincia quasi sempre ad osservar dapprima ingorghi glandolari che hanno sede specialmente sotto la mascella inferiore e sulle parti laterali del collo. Sono a principio piccoli tumori ovali, indolenti, mobili, separati gli uni dagli altri; ma presto o tardi si aumentano si riuniscono e formano allora delle masse qualche volta enormi, le quali raddoppiano, triplicano il diametro trasverso del collo. Esse possono restare in uno stato stazionario per lo spazio di mesi ed anche anni; però dopo un tempo variabile, alcune si risolvano, quasi tutte divengono dolorose; s'infiammano e suppurano; molte altre si ammolliccono, senza un lavoro infiammatorio manifesto. Nell'uno e nell'altro caso, la fluttuazione facendosi evidente, la pelle si assottiglia, poi si ulcera, e geme un pus sieroso misto a grumi di una materia casea. La suppurazione, una volta formata, dura lungo tempo; l'apertura degli ascessi si chiude e si apre alternativamente mol-

te volte ; si stabiliscono i canali fistolosi ; al loro livello la pelle è azzurrognola , sottile , più o meno largamente scollata ; se una cicatrice à luogo , è irregolare , indelebile , e la sua superficie offre delle protuberanze e degli incavi che danno un carattere affatto particolare.

Gl' ingorghi ganglionari possono non solo occupare il collo , ma si osservano pure agl' inguini , alle ascelle , nel cavo popliteo ; in nessuna di queste regioni acquistano il volume che hanno qualche volta al collo , dove si vede l' alterazione propagarsi spesso con grande rapidità a' gangli de' bronchi ed a quelli de' mediastini.

Le alterazioni profonde interessano pure altri tessuti ; quindi un lupo distrugge qualche volta certi punti della faccia ; gli accessi freddi si mostrano qua e là su i diversi punti del corpo , una o molte articolazioni si gonfiano , s' ingorgano , e presentano insieme de' caratteri anatomici de' tumori bianchi : il perostio si gonfia e suppure , una o molte ossa sono affette da carie , da necrosi ; altre si ammolliano e deviano come nella rachitide.

Sin dallo sviluppo delle alterazioni locali , e spesso prima che queste comincino , gli ammalati si fanno pallidi , si dimagriscono , perdono le loro forze. Sono in uno stato di languore ; hanno spesso diarrea , e le loro digestioni sono stentate. Il loro sangue , è più sieroso ; il Signor Dubois , d' Amiens , lo à trovato più coagulabile e meno fluente. Esaminato col microscopio , gli è sembrato che la materia colorante era al di fuori de' globetti , e sembrava essergli estranea. In quanto a' globuli stessi , gli sferoidi non presentavano niente di anormale , mentre che i lenticolari erano diversamente alterati nella loro forma. Però pria di accettare questi risultati , è necessario ripeterli ancora moltissime volte. La chimica patologica della malattia scrofolosa è pure tutta quanta a doversi fare. Si è pure annunziata l' acidità della maggior parte delle segrezioni , il predominio del fosfato e carbonato calcareo in certi liquidi , e specialmente nel latte , un odor speciale nella perspirazione cutanea , fatto il quale è stato indicato da un medico belgio , il Signor Vanoverloop : però queste proposizioni si appoggiano ancora su pochissime esperienze : importa dunque ripeterle e variarle. Le modifiche di segrezioni urinarie sono state per lo contrario ben studiate dal Signor Becquerel. Questo medico à stabilito che quando gli scrofolosi sono caduti in uno stato di cachessia , le loro urine sono pallide , acquose , ed hanno un peso specifico minore di quello degl' individui anemici ; non avviene però del pari quando gli scrofolosi sono ancora grossi e forti , perchè allora si trova che la urina à quasi le qualità della urina febbrile , cioè che essa è segregata in minor quantità ; che essa

è più acida, più odorosa, più pesante; essa contiene pure qualche volta un poco di albumina.

Sotto l'influenza delle numerose cause di spossamento che abbiamo accennate, non tardasi a vedere gli ammalati dimagrirsi, indebolirsi continuamente, e ciò con tanta maggior rapidità in quanto le alterazioni esterne che abbiamo menzionate coesistono quasi sempre co' tubercoli nel mesentero, e specialmente co' tubercoli polmonali. Questi siano pure ammoliti o no, esercitano sempre sulla nutrizione la più trista influenza. Presto o tardi una diarrea colliquativa si stabilisce, la febbre etica si accende, e la morte à luogo nel marasmo: altre volte i sintomi locali e la maniera in cui la morte à luogo variano molto secondo il predominio degl'ingorghi strumosi in tale o tale regione secondo che la diatesi tubercolosa colpisce un maggior numero di organi ad un tempo e ne affetta di più importanti.

Quando gl'ingorghi scrofolosi sono limitati, la malattia può terminare colla guarigione; allora avviene presto la risoluzione de' tumori; ora, e questo è il caso più frequente, questi spariscono dopo essersi ammoliti ed evacuati allo esterno; in fine, diminuiscono qualche volta di volume e s'indurano. Se vi sono tubercoli, questi passano in parte allo stato cretaceo, e gli ammalati conservano pel resto della loro esistenza de' tumori che rimangono ordinariamente indolenti, ma che possono qualche volta infiammarsi e suppurare. Le alterazioni delle ossa sono più durevoli ed ostinate; il più delle volte richiedono lo intervento de' mezzi chirurgici.

Quando la malattia à un esito felice, la miglioria à luogo sempre lentamente; bisognano mesi, e più spesso anni intieri perchè la guarigione abbia luogo. Questa può essere accelerata, favorita per un cambiamento fisiologico avvenuto nella economia, come la pubertà, o la esplosione di una malattia febbrile. In alcuni casi però queste circostanze agiscono tutto diversamente, cioè che imprimono uno impulso novello allo sviluppo dei gangli tubercolosi.

Qualunque possa essere però l'esito della malattia, se dura per molti anni, siegue una specie di regolarità sul suo sviluppo: ciò è stato indicato perfettamente dal Signor Guersant. Così quest'abile medico à stabilito che le scrofole sviluppano il più delle volte nella primavera o verso la fine dello inverno, e che i sintomi locali acquistano un aumento d'intensità a quest'epoca dell'anno, mentre che diminuisce nell'estate, e ciò in modo sì notabile, che posso porta a credere che la malattia sia terminata; ma quasi sempre l'inverno distrugge le speranze concepite, riprendendo la malattia maggiore intensità di prima. Oltre alla rinnovazione annuale e periodica di questi sintomi, la malattia scrofolosa, dice ancora il Signor Guersant, presenta qualche vol-

la degli accessi di recrudescenza nel corso dell'anno; però in generale sono efimeri, o almeno sempre meno lunghi dell'accesso di primavera:

Comunque completa possa essere la guarigione, di rado la costituzione dello ammalato è cambiata; così facilmente questo può essere presto o tardi colpito dagli stessi accidenti analoghi nelle altre parti del corpo; o pure, se il male continua a migliorare questi procreano quasi sempre figli scrofolosi, tubercolosi; ciò è stato frequentemente osservato dal Signor Lugol. Soltanto eccezionalmente si veggono altra volta scrofolosi divenir vigorosi, forti, generare fanciulli sani, e percorrere una lunga carriera. Più della metà degli scrofolosi che guariscono hanno cicatrici deformi o alcune mutilazioni.

Diagnosi. — Avendo riguardo alla natura delle lesioni locali, al loro numero, alla loro sorgente, e specialmente allo stato costituzionale dello individuo, si potrà quasi sempre riconoscere la esistenza delle scrofole. Quindi quando trattasi di determinare se un ingorgo ganglionare sia semplice o scrofoloso, si avrà riguardo alle seguenti circostanze. Lo ingorgo cronico è raramente spontaneo, succede quasi sempre dietro qualche causa d'irritazione: così i gangli sotto mascellari e cervicali s'ingorgano ne' ragazzi che hanno le angine, una difficile dentizione o delle eruzioni sul cuoio capelluto. Lo ingorgo scrofoloso, per lo contrario si dichiara lentamente, senza il concorso di queste circostanze. Il primo è ordinariamente doloroso allo sviluppo, e sparisce colle cause che vi hanno dato luogo: il secondo per lo contrario, è sempre indolente, e se si complica a qualche infiammazione verso le parti vicine, continua dopo che queste sono ritornate al loro stato fisiologico. La costituzione è alterata in quest'ultimo caso, e più o meno intatta nel primo. In fine gli ingorghi scrofolosi coesistono spesso con altre alterazioni per parte del tessuto cellulare, delle cartilagini e delle ossa. Gli ingorghi scabbiosi hanno anche qualche somiglianza cogli ingorghi scrofolosi; ma secondo il Signor Tardieu, si distingueranno i primi da' secondi, in quanto che nella scabbia vi sono sempre de' cordoni nodosi formati dallo ingorgo de' vasi linfatici, ciò che non à mai luogo ne' casi di scrofolo; oltre a chè i tumori scabbiosi non hanno mai la durezza di quelli prodotti dalla diatesi strumosa; essi terminano più prontamente colla suppurazione, ed hanno un corso subacuto. In fine le angioleniti scabbiose si accompagnano a molteplici ascessi, i quali hanno un modo di formarsi ed un corso che abbiamo fatto conoscere; di più il pus fornito da essi, inoculato ad un solipedo, riproduce la stessa malattia o la morva. Le lesioni scrofolose delle ossa non saranno affatto riportate alla sifilide, perchè questa altera specialmente le ossa della faccia e del cranio, mentre la scrofolo spie-

ga in preferenza la sua azione sulle vertebre e le ossa delle membra. Nel primo caso, avvi in oltre dolori osteocopi che mancano nel secondo.

Pronostico. — La scrofola è sempre una malattia grave; però si comprende che il pronostico deve variare secondo l'estensione, la molteplicità delle lesioni e lo stato costituzionale. Non abbiain bisogno di dilungarci di più su di ciò.

Etiologia. — La scrofola è una malattia che può osservarsi in tutte le età: però si osserva rarissimamente ne' vecchi; ne' fanciulli essa iucrudelisce in preferenza. Secondo il Signor Guersant, comincia a manifestarsi più spesso all'epoca della prima o della seconda dentizione, o nel loro intervallo; la frequenza della malattia si aumenterebbe in seguito a misura che si avvicinano alla pubertà. Nella maggior parte degli adulti colpiti da scrofola, la malattia conta dal principiar della infanzia. A tutte le epoche della vita, la malattia sembra essere più comune nella donna che nell'uomo; il predominio del sesso femminile sarebbe, secondo il Signor Lepelletier, nel rapporto di 5 a 3. Si ammette generalmente che gl'individui linfatici sono più specialmente predisposti alla scrofola; ma il Signor Guersant à stabilito questo fatto, ed à detto che la metà degli scrofolosi non avevano questo temperamento. Checchè ne sia, questo problema non sembra ancora risoluto; però incliniamo a credere, col Signor Banelocque, che la malattia si sviluppa più facilmente e corre più rapidamente ne' linfatici che in quelli dotati di un altro temperamento.

Si è attribuito altra volta una grande influenza, sul prodotto della malattia, a molte condizioni igieniche, come l'umido, la mancanza di sole, un nutrimento grossolano, l'uso delle acque salinastre o provenienti da fonti nevose, il respirare un'aria alterata e non rinnovata; però in questi ultimi tempi, alcuni medici, e specialmente il Signor Banelocque, hanno osservato la realtà della maggior parte di queste cause. Crediamo essere abbastanza provato che la qualità delle acque non influisca sul prodotto della scrofola, perchè a Parigi, per esempio, questa non è sensibilmente più comune sulla riva sinistra della Senna, quantunque gli abitanti vi bevino solamente l'acqua dell'Arneil, la quale è molto salsa. Ma se l'acqua che si beve non esercita un'azione manifesta, chè dire dello alimento? È vero, per esempio, siccome lo pensa Banelocque, che un nutrimento insufficiente, composto principalmente da vegetabili, da legumi e da frutti, sia quasi senza influenza? È questa un'idea contraria alla opinione generale, e la cui esattezza non è affatto dimostrata. Oltre a chè, riflettendo che lo alimento debilitante è funestissimo agli scrofolosi, mentre che il regime analeptico loro è utilissimo, bisognerà esser portati a credere che gli alimenti grossolani, de-

bilitando la economia, possono anche provocare lo sviluppo della malattia. Bisogna pur negare l'azione dell'umido, sotto pretesto che vi sono villaggi fabbricati sulla riva di paludi ove non esistono scrofolosi? Ma ciò prova solamente che l'umido non è la sola causa, che esso non agisce costantemente, e che può essere controbilanciata dalle altre influenze. Di più è conosciuto da tutti che la scrofola è una malattia la quale regna ne' climi temperati, freddi ed umidi: ognun sa pure quanto sia comune cosa vedere le scrofole incrudelire negl'individui de' paesi intertropicali che soggiornano per qualche tempo appo noi. In fine abbiamo detto più sopra che specialmente nelle stagioni umide e fredde la scrofola si sviluppava e si aggravava sempre allora, mentre che moderavasi ne' tempi secchi e caldi. Il Signor Baudelocque, dopo aver negato la influenza della maggior parte delle condizioni igieniche, considera la scrofola siccome prodotta specialmente dall'alterazione dell'aria che risulta dalla sua mancanza di rinnovamento. Con ciò egli spiega la frequenza della malattia nelle strade strette, tortuose, nelle camere poco spaziose. Però bisogna convenire che gl'individui i quali vivono in queste condizioni sono sottomessi simultaneamente per la maggior parte all'azione delle cause non meno possenti, come l'umido, la privazione del sole, un nutrimento grossolano; circostanze delle quali bisogna tenerne conto, perchè nessuno può dubitare che, sole o riunite, esercitano una influenza deleteria sulla costituzione. Le cause precedenti spiegano perchè la scrofola è endemica in certi luoghi.

Tra tutte le cause invocate per spiegare lo sviluppo della scrofola, una delle più possenti è senza dubbio la eredità. Nessuno mette in dubbio che uno scrofoloso non generi uno scrofoloso; però esistono felicemente numerose eccezioni. Il Signor Lugol à, nella sua ultima opera, trattato lungamente la quistione della eredità; egli considera questa come la causa generale e quasi unica delle malattie scrofolose, oppugna assolutamente la influenza delle cause esterne, delle condizioni igieniche che abbiamo fatto conoscere precedentemente. Il Signor Lugol vede una relazione intima e costante tra la salute, la costituzione dei parenti e quella de' figli; per lui, non solo uno scrofoloso genera uno scrofoloso, ma lo stesso effetto potrà essere prodotto dagli individui che hanno sofferto la sifilide, da quelli che usano eccessivamente de' piaceri venerei, che si maritano troppo giovani, o che procreano de' figli quando sono troppo vecchi. Il Signor Lugol accusa sin anche la sproporzione di età de' parenti, la poca simpatia degli sposi l'uno per l'altro. Certamente che tutte queste circostanze possono influire sulla costituzione de' fanciulli sulla bellezza della specie; ma producono esse nel fatto la scrofola? Ecco una quistione che rimane ancora irrisolta. Il Signor

Lugol à rapportati numerosi materiali, ma sono però insufficienti. Di più, per giungere a fatti positivi è indispensabile, in vece di citare alcuni fatti più o meno convincenti, di apportare osservazioni numeriche che stabiliscono se gl'individui posti nelle condizioni che precedono ingenerano sensibilmente più fanciulli scrofolosi degli altri: solamente allora potrassi avere su questo importante soggetto una fondata opinione. Passerò sotto silenzio il contagio delle scrofole; perchè la esperienza di tutti i giorni e della inoculazione, che riguardiamo come colpevole, hanno provato che la malattia non aveva in alcun caso un carattere contagioso.

In riassunto, consideriamo le scrofole siccome capaci di essere prodotte da una moltitudine di cause; ma nessuna di esse agisce in un modo sicuro, costante, il che spiega perchè spesso è stata oppugnata la loro influenza. Conveniamo pure che la malattia può svilupparsi spontaneamente senza lo intervento di alcuna di esse; quindi è che alcuni fanciulli nati da parenti sani, e vivendo nelle migliori condizioni igieniche sono qualche volta divorati dalle scrofole.

Cura. — La cura della malattia scrofolosa è igienica e farmaceutica. La prima è la più importante, perchè può da se sola svellere la malattia: senza di essa tutti gli altri mezzi sarebbero senza effetto. Ognun sa che bisogna consigliare agli scrofolosi un'aria pura ed asciutta, un'abitazione ben esposta al sole e ventilata; un regime analeptico, composto specialmente di carni arrostiti, di legumi freschi, erbacei e del buon vino. L'uso del latte è generalmente biasimato, de' legumi farinacei, delle pasticcerie. Gli ammalati faranno moto proporzionato alle loro forze. Faranno uso degli abiti di lana, e la pelle sarà eccitata mediante le frizioni, con alcuni bagni solforosi aromatici, o i bagni di mare. A' mezzi igienici si unirà l'uso di alcuni medicamenti: quindi allo interno si amministreranno i tonici, come la genziana, l'upolo, la chinachina, i ferruginosi. Uno de' più distinti professori della scuola di Angers, il Signor Negrier à raccomandato le foglie di noce infusione (un pugillo in 250 gramme di acqua), o pure in estratto alla dose di 40 o 80 centigramme. Questo medicamento che è riuscito spessissimo nelle mani del Signor Guersant, è pure impiegato dal Signor Borson (di Chambéry). Il Signor Negrier afferma potersi guarire con questo medicamento tre quarti degli ammalati. Bisogna conoscere che questo medicamento agisce lentamente, perchè vi bisognano da venti a cinquanta giorni perchè i suoi effetti fossero sensibili.

Uno dei medicamenti che à goduto del maggior favore è senza dubbio il iodo: il Signor Lugol è ancora uno de' più zelanti partigiani. Si amministra internamente sotto forma di tintura alcoolica (da 4 a 40 gocce, una o molte volte al giorno),

o esternamente sotto forma di pomate o di bagni. Il iodo però benchè utile, non possiede la efficacia che gli è stata attribuita da alcuni. Spesso convien sospenderlo per i disturbi che anno luogo negli organi digestivi. Il ioduro di potassio non à questi gravi inconvenienti, quindi deve essere preferito. Si dà questo medicamento ne' fanciulli alla dose di alcune centigramme sino ad 1 o 2 gramme, in una tisana di lupolo o di viola selvaggia. Negli adulti si amministra alla dose di 1 a 4 gramme al giorno. Hanno pure raccomandato contro le scrofole le preparazioni mercuriali: Hufeland ne fa un grand' uso; però oggi sono quasi abbandonate da tutti. Pochi pratici soltanto, seguendo la condotta di Chretien e del Signor Legrand, impiegano le preparazioni di oro, medicamenti de' quali non bisogna farne uso che colla massima riserbatezza; di più la loro efficacia non è ancora ben provata. Diremo altrettanto del sotto carbonato di soda del cloruro di argento vantato dal Signor Sicard di Marsiglia, del cloruro di calce e del cloruro di barium, che il Signor Baudelocque à voluto tanto onorare, e che si dà nell' acqua progressivamente alle dose di 5 a 25 centigramme. In quanto all'olio di fegato di baccalà, numerosi fatti raccolti, specialmente in questi ultimi tempi, dal dottor Taufflied, (del Bas Rhin), Panck (di Mosca) e Stoeber, provano che questo medicamento è spesso utile, specialmente nelle malattie scrofolose del sistema osseo.

Oltre alla cura generale, bisogna opporre alle scrofole una cura locale: quindi i tumori glandolari ed i gonfiamenti ossei saranno unti coll' unguente mercuriale, che rendiamo più risolvante aggiungendovi un ventesimo d' idroclorato di ammoniaca; o pure si è ricorso alla pomata d' idroiodato di potassa semplice o iodurata, o ad una semplice pomata di ossido di oro. Si lavano le ulcere col vino, con una decozione di china, di foglie di quercia: si possono pure impiegare questi liquidi sotto forma di fomenti interno agli ingorghi cronici. Però le ulcere, le carie gli ascessi, gli scollamenti, richiedono il più delle volte lo intervento de' mezzi chirurgici: così rimandiamo a' trattati speciali di chirurgia per le cose ad apprestarsi agli ammalati in simile circostanza.

Natura. — Le opinioni più bizzarre sono state date sulla natura delle scrofole. Nell' antichità non si vedeva che lo accumulo della pituita; dotti scrittori dell' ultimo secolo, come Hunter e Borden, invocarono la presenza di un acido, e Baumes osò anche dire che era l' acido fosforico. Per i solidisti, le scrofole erano costituite da una debolezza radicale, o, al contrario, da un' azione esaltata de' vasi e de' gangli linfatici, mentre Broussais ed i suoi partigiani, non vi videro, siccome Girtanner, che un effetto della irritazione. Alcuni autori, specialmente Astruc, Rosen, Hufeland e Richerand, considerarono la malattia scrofolosa co-

me una specie della degenerazione del virus venereo: però nessuno sostiene oggi questa opinione: nessuno vede più nella scrofola lo effetto di un virus speciale. Ma si riguardano piuttosto le lesioni locali siccome ligate ad una causa generale non ancora ben definita, ad un vizio della intiera costituzione il quale fa sì che la nutrizione si alteri e si perverta. Per noi dunque la malattia scrofolosa è un' affezione speciale costituzionale; non solo è una malattia tubercolosa, atteso che questo prodotto morboso non si osserva in tutti i casi, e non è il punto di partenza delle lesioni numerose che si esservano. I signori Velpeau e Piorry sembra che credono la malattia scrofolosa non aver nulla di specifico. Secondo i loro calcoli, gl'ingorghi ganglionari, e che sono uno de' principali caratteri della malattia, sarebbero quasi sempre consecutivi ad una causa d'irritazione nella loro vicinanza; però questa opinione non sembra fondata, e lo fosse pure, in che modo spiegare le lesioni che hanno luogo verso gli altri tessuti, e che dipendono evidentemente dalla stessa causa dello ingorgo ganglionare, cioè da un'alterazione profonda della nutrizione?

DELLA MELANOSI

Definiremo la *melanosi*, un prodotto accidentale avendo per carattere distintivo un colorito nero più o meno carico.

Storia. — Pare che della melanosi non si sia parlato prima della metà del secolo XVII^o, siccome lo à pure dimostrato il Signor Cazenave. Bonnet, Morgagni, Haller, Lorry, la conoscevano; però non fu convenevolmente studiata che al principiar di questo secolo da Bayle, Dupuytren, e specialmente da Laënnec, il quale sembra averle imposto questo stesso nome, e che la descrisse siccome un tessuto accidentale. Diversi medici hanno intrapreso di poi alcune ricerche sullo stesso soggetto, specialmente un lavoro di Breschet, pubblicato nel 1821, un altro dei signori Trousseau e Leblanc, inserito sette anni più tardi negli *Archives de médecine*: l'articolo che il Signor Andral à consacrato alla melanosi nel primo volume della sua *anatomie pathologique*, e quello del Signor Cazenave composto nel tomo XIX del *Dictionnaire de médecine*, e nel quale si trova riassunto tutto ciò che si conosce di positivo su quest'alterazione. In fine citeremo, dando termine, la eccellente tesi del dottor Laurent (1833).

Divisioni. — La melanosi si osserva di rado sola; quasi sempre si mostra unita ad altri tessuti accidentali, e specialmente al cancro. Può esistere sotto forme diverse: 1.^o nello stato di masse più o meno voluminose, chiuse in una cisti o pur no, 2.^o

nello stato d'infiltramento ne' tessuti: 3.° o pure è sparsa sotto forma di strati più o meno compatti alla superficie libera degli organi membranacei e specialmente del peritoneo; 4.° in fine può esistere nello stato liquido. Questa classificazione, che copio dal Signor Andral, è pure quella adottata del Signor Cazenave nel suo articolo; differisce da quella di Laënnec in quanto che questo illustre medico non conosceva che tre specie di melanosi; egli non ammetteva la melanosi liquida.

Anatomia patologica 1.° Melanosi in massa. — La melanosi in massa si presenta, dice Laënnec, sotto due stati: alto stato di *crudità* ed a quello di *ammollimento*. Nel loro stato di crudità, le masse melaniche hanno un colorito bianco-giallastro, di un nero d'inchiostro, di fuligine stemperata; schiacciate sopra la carta, la colorano nello stesso modo dello inchiostro della China. Di diverse forme, ma per lo più sferiche, di un volume che varia da quello di un granello di miglio a quello del pugno di un adulto, si vedono appassirsi per riprendere in seguito il loro abituale volume (Cazenave). Le une sono levigate, le altre ineguali, acuminate, disseminate di scrobosità, che loro danno lo aspetto della celsa; altre sono lobulate, e ciascuna divisione è separata dal tessuto cellulare, o pure sembrano formate da un insieme di lamine, di fogliette sovrapposte e collocate là per là. Esse hanno, le une la consistenza del sego, le altre de' gangli: sono state pur paragonate al tartufo; in fatti spesso somigliano molto a questo tubercolo pel loro colorito come per la loro consistenza.

Abbiamo detto che Laënnec aveva ammesso nella melanosi un periodo di ammollimento. Questo avrebbe luogo dal centro alla periferia, e finirebbe col trasformar il prodotto morboso in una specie di polpa o di pappa nerastra; allora un lavoro infiammatorio stabilendosi allo intorno del corpo estraneo, lo eliminerebbe, e lascerebbe in sua vece una cavità ulcerosa più o meno spaziosa. Bisogna però convenire co' signori Andral e Cazenave che questo ammollimento è un fenomeno rarissimo, e bisognerebbe guardarsi di considerare come esempi di melanosi ammolite i fatti che Bayle à rapportati nella sua opera (Obs. XX e XXI); perchè tutto porta a credere che la melanosi non era qui che un'alterazione secondaria, coesistente co' tubercoli o con un dilatamento de' bronchi. Abbiamo già detto che la melanosi poteva essere circondata da una cisti, o esserne priva: quest'ultimo caso è molto più frequente, ma nell'una e nell'altra condizione, non si trova nella melanosi alcuna traccia di organizzazione; è dunque un prodotto affatto inorganico.

2.° Melanosi infiltrata. — Si dice che la melanosi è infiltrata quando un organo, sia nella totalità, sia in parte, presenta un colorito nero dipendente dallo infiltramento del tessuto

per la materia melanica: questa forma si osserva specialmente ne' polmoni e ne' gangli de' bronchi; gli organi in tal guisa colorati sono pure quasi sempre indurati. Il Signor Andral crede, e con lui moltissimi, che nel maggior numero de' casi, lo induramento è indipendente dal colorito nero, e che è il semplice risultato di una flemmasia cronica; il colorito melanico è qui un semplice accidente della malattia. Alla melanosì infiltrata bisogna pure riportare col Signor Cazenave il colorito nero che prendono qualche volta alcuni prodotti accidentali specialmente i tubercoli ed il cancro.

3.° *La melanosì può essere depositata sotto forma di strato, alla superficie libera di molte membrane e specialmente su quella delle sierose.* — Quindi non è troppo cosa rara trovare alla superficie del peritoneo, in quelli morti per una peritonite cronica, tubercolosa o pur no, uno strato di materia nera; però, quasi sempre, portando via questo strato, si riconosce che esso à tutti i caratteri delle pseudo-membrane delle sierose, dalle quali non differisce che pel suo colorito nero; in modo che si può conchiudere col Signor Andral che molti prodotti melanici collocati in questa terza classe debbono rientrare nella seconda, poichè in ultimo risultato, non sono che false membrane colorate in nero, o infiltrate di melanosì. Siccome il Signor Andral, io non ho osservato questo colorito nero che nelle false membrane del peritoneo, e mai in quelle della pleura e del pericardio.

4.° *Melanosì liquida.* — Si è trovato la materia melanica liquida nelle cavità chiuse naturali o accidentali o nelle mucose, ma di rado.

Composizione chimica. — La melanosì è senza odore à un sapore debole, si meschia all'acqua ed all'alcool, si putrefa lentamente e si carbonizza spandendo un odore empireumatico. Nelle diverse analisi chimiche praticate, si è rinvenuta la esistenza di una materia colorante speciale. Secondo Barruel, la melanosì sarebbe principalmente costituita da un deposito della materia colorante del sangue unita alla fibrina, l'una e l'altra trovandosi in uno stato particolare. Questo abile chimico indica di più la esistenza di tre materie grasse ben distinte. Però il Signor Andral domanda a se stesso se queste, in vece di appartenere alla melanosì, dipendessero dal tessuto dell'organo nel quale questo prodotto si è sviluppato, o da un prodotto accidentale col quale è combinato.

Natura della melanosì. — Da ciò che precede è chiaro che la melanosì non è un tessuto analogo al cancro, siccome lo aveva supposto Laënnec. L'analisi chimica avendo fatto trovare in grande quantità la materia colorante del sangue o i suoi elementi più o meno modificati, i signori Breschet e Bar-

ruei anno conchiuso con qualche apparenza di ragione che questo prodotto morboso altro non era che sangue modificato. Bisogna dunque supporre dietro questa teoria che del sangue esalato o sparso ne' tessuti e alla superficie degli organi può subirvi certe modifiche dalle quali risulterebbe la sua trasformazione in melanosi; però questa opinione non saprebbe considerarsi che come probabile, e niente affatto dimostrata.

Melanosi considerata ne' diversi tessuti. — Non esistono quasi tessuti nè organi ne' quali non sia stata trovata la materia melanica; però non è egualmente frequente in tutti i tessuti nè in tutte le diverse parti di uno stesso tessuto. Si è veduta qualche volta nel tessuto cellulare sotto cutaneo, specialmente nei punti dove è più morbido; più di rado si osserva nel tessuto cellulare sotto mucoso, siccome i signori Andral e Cruveilhier ne riportano degli esempi; o pure nel tessuto cellulare sotto sieroso, e anche in quello che separa gl' interstizi muscolari, e in quello che forma collezione in alcune parti del corpo. Così il Signor Chomel ha rapportato la storia di un malato il quale portava nel fondo dell'orbita un tumore melanico; di simili prodotti esistevano simultaneamente ne' polmoni e nel fegato.

Queste masse melaniche che anno sede nel tessuto cellulare sotto cutaneo o sotto mucoso, aumentandosi distruggono finalmente e consumano la pelle e la mucosa; allora ne risultano delle ulcere dalle quali geme una materia nerastra mista a sangue ed a pus.

Molti medici specialmente Bielt e Breschet, anno veduto la melanosi infiltrare il tessuto istesso della pelle; più spesso ancora si son trovate alcune membrane sierose impregnate della stessa materia, specialmente quando esse sono cronicamente infiammate. Bisogna però sapere che più spesso ancora, la melanosi, la quale sembra occupare le membrane sierose, à sede nel tessuto cellulare sottostante e nelle false membrane che la tappezzano allo interno.

Le membrane mucose, specialmente quelle degli organi digestivi, sono più spesso delle sierose impregnate di materia melanica; questa può allora esistere nel tessuto cellulare o pure alla superficie libera.

La melanosi è stata pure osservata nella spessezza delle arterie, ove è sparsa tra le tuniche interna e media, là dove esiste la materia ateromatosa. La stessa disposizione non ancora à potuto trovarsi nel tessuto venoso: in fatti colà la melanosi è stata veduta soltanto nello stato liquido, sulla faccia interna delle piccole ramificazioni. I signori Breschet e Cruveilhier, Andral rapportano fatti di simil genere.

I tessuti fibrosi e cartilaginei anno offerto di rado le tracce della melanosi, come del pari i tessuti ossei. In quanto al

tessuto muscolare, sembra che le fibre non siano state mai vedute invase dalla materia melanica: quasi sempre questa è solamente infiltrata nel tessuto cellulare interstiziale.

Se passiamo in rivista gli organi parenchimatosi, vediamo che tutti non presentano la melanosì con una egual frequenza: questo prodotto è specialmente comune ne' polmoni, dove esiste in massa o pure infiltrata, sia nel parenchima, sia ne' prodotti accidentali che vi si formano, specialmente ne' tubercoli. Dobbiamo ricordare qui che il colorito nero coesiste ordinariamente con un induramento del tessuto: questo costituisce allora la lesione primitiva; dunque pensiamo col Signor Andral che lo induramento nero del polmone altra cosa non è in moltissimi casi che una forma di pneumonia cronica. Qui lo induramento è affatto indipendente dal colorito nero; questo si produce soltanto dopo molto e probabilmente in seguito di un cambiamento di natura che il sangue stravasato prova.

I polmoni sono frequentemente la sede di un altro colorito nero: questo è anche costante ne' vecchi. Ne abbiamo parlato altrove dettagliatamente trattando delle concrezioni polmonali; esso non ha alcun rapporto colla melanosì; ma secondo le ricerche del Signor Natalis Guillot sembra costituito da un deposito spontaneo di carbone che si forma durante la vita e che può in alcuni casi venire dallo esterno siccome lo provano molti fatti osservati da qualche tempo in Inghilterra ed in Francia.

La melanosì è stata di rado osservata nelle ovaie, nelle mammelle, il corpo teroide, la milza, l'epate ed i reni. Non esiste, io credo, che un solo esempio di melanosì del cervello, il quale è stato osservato da Bielt; la storia di questo fatto curioso è stato riportato dal Signor Behier negli *Archives* del 1838. Oltre a ciò di rado la melanosì invade isolatamente gli organi, ma il più delle volte si trova ad un tempo in un numero maggiore o minore di tessuti, come se esistesse in questi casi una specie di diatesi melanica.

La melanosì non sviluppa alcun sintomo che le appartenga. I diversi accidenti che l'accompagnano dipendono, dice il Signor Cazenave, ne' casi di melanosì infiltrata, da' disordini infiammatori che producono la malattia. Quando questa modifica di tessuto accompagna gli altri prodotti accidentali, bisogna riportare a questi ultimi gli accidenti. In fine avvi certi casi nei quali la melanosì diviene la causa de' fenomeni osservati: sono quelli in cui essa incomoda meccanicamente il giuoco degli organi: allora agisce siccome qualunque altro corpo estraneo. Quando nessuna di queste circostanze esiste, la melanosì può nascere e svilupparsi in un tessuto senza che la sua esistenza si mostri con qualsivoglia accidente, con alcun fenomeno morboso locale o generale. Si potrà supporre che i disturbi che si osservano nei

visceri dipendono dalla presenza delle masse melainiche, quando si vedranno questi prodotti sopra uno o molti punti della superficie del corpo.

Nulla si conosce delle cause nè della cura della melenosi.

NONA CLASSE DI MALATTIE

DELLE NEVROSI

La parola *nevrosi*, creata da Cullen, serve ad indicare alcune malattie apiretiche, intermittenti, caratterizzate da diversi disturbi del sistema nervoso specialmente dalla contrattilità e dalla motilità, senza alcuna lesione materiale *manifesta*.

Sotto il nome di malattie nervose, gli antichi comprendevano soltanto lo isterismo e la ipocondria; gli altri disturbi nervosi, precisamente in ragione della loro mobilità, della loro dissimiglianza, erano separati, sparsi in molte altre classi, siccome si può essere convinti, leggendo le nosologie di Sauvages, di Linné e di Vogel. Cullen fu il primo autore che creò per così dire la classe delle nevrosi; egli assegnò loro de' caratteri particolari, distinti, e loro impose il nome che portano ancora.

Le nevrosi sono, abbiain detto più sopra, malattie apiretiche; sono distinte per la loro intermittenza, pel loro corso irregolare, la loro lunghissima durata, le loro frequenti recidive, pel disaccordo che esiste tra le funzioni della vita di rapporto e la vita organica. In fatti le prime presentano profondi disturbi, con un' apparenza di gravezza, mentre che le seconde non offrono il più delle volte alcuna modifica. Infine comunque gravi esse siano ed anche quando sono portate al punto da produrre la morte, o quando questa à luogo per effetto di un'altra malattia estranea a' centri nervosi, non si trova in questi organi alcuna distinta alterazione di colorito, di volume e di consistenza. Le nevrosi sono dunque, come lo dicevano gli antichi, malattie senza materia.

Per conseguenza fu un grave errore quello che comise Broussais, quando considerò le nevrosi siccome ligate ad una flemmasia del cervello, o come simpatie morbose provocate dalla infiammazione. L'anatomia patologica smentisce in fatti una simile dottrina: quindi è stata abbandonata anche da' seguaci della scuola fisiologica. Il Signor Roche specialmente, ammette la esistenza delle nevrosi con i caratteri assegnati da Cullen; però questo distinto medico, volendo supplire a' risultati negativi del-

le autopsie con una idea tutta ipotetica, suppone che queste malattie sono *irritazioni nervose prodotte da un accumulo insolito del fluido nervoso*, il che sarebbe una opinione affatto teoretica non suscettibile di dimostrazione, e capace forse di far deviare la terapeutica delle nevrosi in una via trista.

Per lo studio delle nevrosi, adotteremo presso a poco l'ordine che il Signor Andral seguiva altra volta ne' suoi corsi. Quindi divideremo queste malattie in cinque gruppi. Nel primo sono le nevrosi caratterizzate da un disturbo della sensibilità, che ora è esaltata sino al dolore, ora diminuita o anche spenta; nel secondo gruppo saranno le nevrosi caratterizzate da una lesione del moto; nel terzo collocheremo le nevrosi che producono un disturbo della intelligenza; tali sono le differenti specie di delirio; nella quarta sezione, parleremo delle nevrosi che producono un simultaneo disturbo in tutte le funzioni; tale è, per esempio, la epilessia; in fine in un quinto ed ultimo genere, tratteremo delle nevrosi speciali a certi organi.

PRIMO GENERE DI NEVROSI

NEVROSI CARATTERIZZATE DA UNA LESIONE DEL SENSO, SPECIALMENTE DAL DOLORE

DELLE NEURALGIE IN GENERALE

La parola *neuralgia*, proposta da Chaussier da circa mezzo secolo, serve ad indicare una malattia caratterizzata da un dolore ordinariamente vivo, esacerbante, continuo o intermittente, che à sede in un nervo, senza che questo sia la sede di alcuna distinta lesione.

Storia. — Sebbene si trovi ne' trattati antichi di medicina e specialmente ne' libri ippocratici, in Celso e negli autori arabi, qualche descrizione che sembra riportarsi alle neuralgie, specialmente alla neuralgia sciatica, o forse anche alla neuralgia facciale, bisogna non pertanto arrivare sino alla metà dell'ultimo secolo per trovare le indicazioni precise e le descrizioni molto complete di alcune specie di neuralgie; in fatti in quest'epoca comparvero le ricerche di André sulle neuralgie facciali (1756), e quelle di Cutugno sulla sciatica (1763).

Si vede dunque che le conoscenze de' medici di un'era ancora vicina alla nostra si limitavano ad alcune nozioni molto incomplete sopra due neuralgie soltanto. La scienza si trovava a quel punto, quando Chaussier, nel 1801, guidato specialmente dalle conoscenze anatomiche, pubblicò un quadro sinottico, nel

quale questo celebre medico, riunendo tutte le affezioni dolorose de' nervi cefalo-rachidiani, ne diede i principali caratteri con una grande verità. Da quest' epoca in poi, la storia delle neuralgie non cessò di progredire, e si è riportato a quest' ordine di malattie moltissime affezioni dolorose de' visceri che si confondevano altra volta colle malattie vaporose. In fine a' giorni nostri, molti distinti osservatori si sono occupati delle neuralgie; citeremo specialmente qui le ricerche del Signor Martinet, gl' interessanti lavori del Signor Jolly, particolarmente ciò che riguarda le neuralgie viscerali, le considerazioni ingegnose che Piorry à presentate in moltissime delle sue opere, specialmente nella sua *Clineque*, e nel terzo volume del suo *Traité de diagnostic*. In fine il Signor Valleix à pubblicato pochi anni sono sulle malattie dolorose de' nervi un' opera che ci sarà dato citare, ma ove egli non à parlato che delle neuralgie che assalgono i nervi della vita di rapporto.

Anatomia patologica. — Se in alcuni casi si sono trovati i nervi che erano stati affetti da neuralgia diversamente alterati, gli uni atrofiati, gli altri ipertrofiati o la sede di qualche degenerazione, o pure solamente iniettati ed infiammati, bisogna convenire che questi casi sono eccessivamente rari ed affatto eccezionali. In fatti, tutte le testimonianze sono oggi riunite per provare che le neuralgie non consistono che in disturbi funzionali, senza lesion materiale negli organi. Questa mancanza di lesione si osserva ne' casi in cui la neuralgia à esistito con grande intensezza e quasi senza interruzione per lo spazio di moltissimi anni.

Sintomi. — Il dolore è il sintomo predominante e spesso unico delle neuralgie; esso è *spontaneo*, o pure *provocato* specialmente dalla pressione che si esercita a questo livello. Il primo si presenta sotto due forme che trovansi spesso nello stesso individuo. Così qualche volta è semplicemente un dolor contusivo, sordo tal quale lo aveva indicato il Cutugno; non offre sempre lo stesso grado d' intensità, perchè non consiste qualche volta che in un debole intorpidimento che fissa appena l' attenzione degli ammalati; mentre che altra volta sono *traffitture* più o meno violenti, che chiamansi con ragione *fulmini di dolori*. Ora sembrano attraversare i tessuti in una grande estensione, e propagarsi nelle diverse ramificazioni del nervo; ora per lo contrario sono circoscritti in uno o molti punti, e questi costituiscono spesso, siccome lo à provato il Signor Valleix, veri *centri* o *focolari* da dove il dolore si porta più o meno frequentemente e con una variabile violenza nelle parti circostanti. In questi focolari il dolore è costante, mentre che non fa che attraversare i punti intermedi senza lasciarvi alcuna traccia. In alcuni casi ancora la trafittura partita da uno de' focolari si ri-

flette in uno o molti punti lontani dal primo, mentre che quelli intermedi sono rispettati. Il Signor Valleix à dimostrato che questi focalari erano situati ne' quattro punti principali del tragitto de' nervi: 1.^o *al punto di partenza di un tronco nervoso*; come alla uscita de' fori sopra o sotto orbitali e mentonieri per il trifacciale; 2.^o *ne' punti dove un filetto nervoso attraversa il muscolo per avvicinarsi alla pelle nella quale si getta*: tali sono i rami posteriori de' nervi spinali quando attraversano le parti molli per arrivare alla pelle; 3.^o *ne' punti ove i rami estremi di un nervo si perdono ne' tegumenti*; così alla estremità de' principali rami di tutti i nervi cutanei, come alla parte anteriore degl' intercostali, alla estremità de' collaterali delle dita, ec.; 4.^o *infine a' punti ove i tronchi nervosi, in seguito del tragitto che anno a percorrere, divengono superficialissimi*: tali sono il nervo cubitale ed il peroniere, nel punto in cui il primo circonda il muscolo peroneo. Così si vede dunque che la preferenza del dolore per tale o tale punto del nervo è determinato dalla posizione superficiale dell'organo.

La violenza e la frequenza delle trafitture variano molto ne' diversi individui ed anche negli stessi individui, secondo l'epoca della giornata; I dolori affettano spesso de' ritorni regolari. Queste trafitture sono frequentemente spontanee, qualche volta determinate da' diversi movimenti degli ammalati; però si possono quasi sempre provocare mediante la pressione. Questo è il migliore e quasi il solo mezzo per conoscere la esistenza de' punti addolorati; si scovano premendo coll' estremo del dito su tutta la esstensione del nervo e sulle principali ramificazioni; non bisogna passare inosservato alcuna parte, perchè spesso succede che la pressione risveglia dolori vivi in un luogo dove non esiste alcun dolore spontaneo. I punti dolorosi di cui è parola possono avere 1 o 2 centimetri di diametro; il dolore può essere talmente circoscritto che si osserva spesso a 5 o 6 millimetri di distanza un patema atroce ed una mancanza completa di dolore. Risulta dalle ricerche del Signor Valleix che la violenza del dolore sotto la pressione è in rapporto diretto colla intensità della malattia; aumenta durante i parossismi e diminuisce di molto negl' intervalli di calma. Ricercando i punti dolorosi, bisogna essere nella prevenzione di una circostanza che i Signor Valleix e Bassereau anno indicata; consiste questa che la pressione praticata in un punto limitato produce un dolore vivo, mentre riprodotta nello stesso punto non offre più lo stesso risultato; basta allora attendere qualche momento perchè una novella esplorazione risvegli una sensazione così penosa quanto la prima.

La descrizione de' dolori trafittivi è variabile; il più delle volte, o ne' tre quinti de' casi, presso a poco, le trafitture sie-

guono il tragitto del nervo; altre volte si propagano dagli estremi del nervo verso il tronco, allora la neuralgia chiamasi *ascendente*. Questa forma, indicata dal Cutugno, è stata, per parte del Signor Piorry, l'oggetto di una peculiare attenzione. Questo medico à stabilito, che certe neuralgie ascendenti potevano portarsi da' nervi sensitivi verso i nervi motori, traversando delle porzioni del sistema nervoso che non ànno colla intelligenza alcun rapporto: che altre si estendono ad un plesso, che allora diviene il mezzo di comunicazione tra un nervo dapprima affetto ed un altro nervo dipendente dallo stesso incrocicchiamiento de' filetti o del tronco. Il Signor Piorry stabilisce pure che le neuralgie de' nervi sensitivi interni si propagano a' sensitivi esterni e reciprocamente: questo professore è stato condotto perciò a rannodare alle neuralgie ascendenti molte nervosi specialmente la epilessia, l'isterismo; il tetano, e sin anche la idrofobia, ec. idea ingegnosa, ma un poco azzardata, ed alla quale non prendiamo parte.

Ciò che abbiám detto de' dolori si applica a tutte le neuralgie esterne; ma si comprende che per le neuralgie viscerali non è possibile analizzare i dolori nello stesso modo, seguire la loro precisa direzione e la loro dimensione per punti.

Gli organi che ricevono i filetti nervosi affetti da neuralgie sono più o meno turbati nelle loro funzioni: quindi i muscoli sono agitati da involontarie contrazioni, fenomeno che trovasi in alto grado nel ticchio doloroso. Gli organi segretori provano un aumento di azione: quindi nella neuralgia trifacciale la segezione delle lagrime, del muco nasale e della saliva può essere accumulata; da ciò ancora diversi disturbi del senso. La nutrizione de' tessuti può anche essere diversamente alterata. Così le parti molli attraversate dal nervo possono ipertrofiarsi o atrofarsi; se sarà una parte pelosa, i peli possono cadere o bianchirsi. Però bisogna convenire che questi accidenti sono molto rari e si manifestano soltanto nelle neuralgie intese o in quelle che ànno una lunga durata.

Le neuralgie esistono senza risvegliar la febbre: il più delle volte gli organi digestivi ànno tutta la loro integrità, eccetto però quando sono la sede della malattia. Gli organi genito-urinari non offrono niente di notevole nell'uomo; ma nella donna si osservano diversi disturbi nella mestruazione. Ciò non pertanto tali disturbi non ànno luogo nella maggior parte de' casi. Convien sapere però che le sofferenze de' nervi della vita organica reagiscono spesso con forza su i centri nervosi: quindi molti ammalati addiventano costantemente ipocondriaci, mentre che questa complicazione è rara nelle neuralgie che colpiscono i nervi della vita di rapporto.

Corso, durata, esiti. — Il Signor Valleix dice che ne' sei settimi degli ammalati, la nevralgia siviluppa a gradi, ma in modo più o meno rapido. Lo stesso osservatore à pure osservato che i punti dolorosi non erano invasi simultaneamente, ma successivamente da punto in punto. Giunta al suo stato, la malattia offre nella sua intensità variazioni senza numero; la vivacità de' dolori è generalmente in rapporto collo abbassamento della temperatura. Nessun'altra malattia offre sì spesso i parossismi quanto, le nevralgie; in generale essi non ànno niente di regolare sul loro ritorno; però in un certo numero di casi, ànno un periodo perfetto. Tra tutte le nevralgie quella del quinto però offre più spesso il carattere intermittente.

Le nevralgie rimangono quasi sempre limitate al nervo primitivamente invaso; qualche volta però si propagano, mediante le anastomosi o i plessi, ne' nervi vicini; in fine in alcuni casi rari, la malattia cessa bruscamente in un punto per riprodursi in un altro più o meno lontano dal primo. Allora avvi veramente una specie di metastasi. Così ò veduto in un mio amico una gastralgia, ed in una parente una nevralgia intercostale, sostituire bruscamente una nevralgia facciale: Chaussier, Forstmann, i Signori Rennes, Fleury, ec., citano di simili casi. Qualche volta, e ne incontrato due casi nella mia pratica, molte nevralgie, si mostrano anche successivamente ne' diversi punti del corpo, e sotto forma erratica: ora non compariscono più ne' nervi che ànno invaso in primo luogo, ma vi ritornano qualche volta e spariscono una o molte volte di seguito.

Le durata delle nevralgie è variabilissima e non può essere sottoposta ad alcuna regola. Queste malattie però guariscono quasi sempre, ma la rapidità della guarigione è in ragione inversa dell' antichità della malattia. Le nevralgie erratiche in generale sono meno ribelli. Checchè ne sia, le malattie dolorose de' nervi sono una delle affezioni più soggette alle recidive dopo un tempo più o meno lungo. È cosa molto rara che dopo aver sofferto un accesso, non se ne abbiano molti altri o un solo nel corso della vita.

Diagnosi. — Le nevralgie viscerali offrono alcuni punti di contatto con molte malattie dalle quali fa d' uopo distinguerle; procureremo di far ciò or ora trattando di ciascuna di esse. Le nevralgie de' nervi della vita di rapporto non possono essere affatto confuse meno che colla nevrite, co' nevromi o col reumatismo muscolare; ma nella nevrite, malattia però molto rara, il dolore è più fisso e continuo; non si osservano che poche o nessuna remissione; la pressione è dolorosa, non sopra punti disseminati, ma sopra un gran tragitto del nervo. I neuroni risvegliano dolori vivi e continui; si trova nel tragitto del nervo un tumore duro, doloroso, levigato o irregolare, di un volume qual-

che volto piccolissimo; estirpandolo va via il dolore. In fine il reumatismo muscolare differisce dalle neuralgie in quanto che il dolore sparso sopra una grande superficie non siegue il tragitto di alcun nervo; non è disseminato su punti isolati, si esacerba di molto con i movimenti, specialmente con quelli che richiedono una forte pressione de' muscoli affetti.

Pronostico. — Non esiste quasi esempio alcuno che la neuralgia abbia causato la morte; ma se non mette in pericolo la vita, può, per la forza o la persistenza del dolore, rendere la vita quasi insopportabile. La malattia tende tanto meno a guarirsi in quanto che è più antica ed assale individui più vecchi.

Etiologia. — Si dubita se i nervi esclusivamente motori possano essere colpiti da neuralgia; questa malattia è speciale ai nervi del senso o a quelli che sono sensitivi e motori ad un tempo; più frequente ne' nervi che partono dall'asse cerebro spinale, colpisce non dimeno frequentissimamente anche i nervi ganglionali: si leggeranno con molto interesse le considerazioni che il Signor Jolly a presentate su di ciò nel tomo XII del *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Quasi sconosciuta nella prima infanzia, alquanto meno rara nella seconda, la neuralgia non si mostra affatto prima dell'adolescenza. Il Signor Valleix à fatto vedere che la malattia aveva il suo massimo di frequenza da venti a cinquant'anni; dividendo questo spazio in tre periodi, si trova che la malattia è quasi egualmente ripartita tra essi.

Sebbene gli uomini e le donne siano quasi egualmente colpiti dalle neuralgie, si vede però che certe di queste malattie sono più speciali all'uno o all'altro sesso; tale è la neuralgia sciatica, la quale è più comune nell'uomo, mentre che la neuralgia intercostale affetta più spesso la donna. Se non ancora si è certo sulla influenza che la costituzione esercita sul prodotto di questa malattia, è almeno indubitato che il temperamento nervoso è una delle sue cause predisponenti più possenti. Diremo altrettanto della influenza del freddo e dell'umido; quindi le neuralgie sono molto più comuni durante l'inverno. Nulla si conosce di preciso sulla influenza che possono esercitare gli eccessi di qualunque specie ed il genere di alimento; è però dimostrato che lo stato clorotico ed anemico è una causa attiva di neuralgie. Tra tutte le cause occasionali nessuna è più efficace, o almeno più frequentemente dimostrata quanto la impressione prolungata del freddo umido.

Cura. — Internamente sono stati consigliati diversi narcotici; la belladonna, lo stramonio, l'aconito, specialmente l'oppio, ora come mezzi curativi, ora come semplici agenti sedativi; spesso si uniscono agli antispasmodici: ciò à luogo per esempio, nelle pillole di Méglin che godono di una grande riputazione. Questi antispasmodici sono pure amministrati soli. An-

no vanto specialmente la valeriana, l'assa fetida, e il muschio, la canfora, e da alcuni anni il valerianato di zinco, alla dose di 5 a 40 centigramme nel corso del giorno. In questi ultimi tempi si è proposto ed impiegato l'etere sotto forma di respirazione secondo il metodo americano, e spesso si è ottenuto o la scomparsa o la sospensione istantanea per un tempo più o meno lungo e qualche volta definitivamente degli accessi violentissimi di nevralgia. Questo metodo credo che sia stato impiegato solamente per la nevralgia facciale, ma deve essere applicabile nella maggior parte delle altre nevralgie. I mezzi precedenti falliscono o sono insufficienti quando la malattia presenta un corso periodico, ed in questo caso si preferisce il solfato di chinina. La esperienza dimostra, che questo medicamento è coronato da successi; in molti casi però fallisce senza che si potesse conoscere la causa. Non torna inutile far osservare qui che dietro una osservazione dovuta a Mondière, il solfato di chinina, nelle nevralgie intermittenti, agisce frequentemente più efficacemente per clisteri che per la bocca; è questo un fatto verificato da me molte volte. Il sotto carbonato di ferro, tanto raccomandato, specialmente in Inghilterra, in alcune nevralgie, non può essere utile che quando queste coesistono con depauperamento del sangue, collo stato anemico. La trementina, l'acido arsenioso, raccomandato in questi ultimi tempi dal Signor Boudin, ed i purganti di qualunque specie hanno avuto i loro partigiani senza che la loro efficacia fosse stata dimostrata; se ne possono tentare gli effetti ne' casi ostinati che hanno resistito a' mezzi sanzionati dalla esperienza.

La cura topica è in generale più efficace. Hanno consigliato specialmente i linimenti ed i fomenti narcotici col laudano, col balsamo tranquillo, col cianuro di potassio, cogli empiastri sedativi; mezzi questi di effetti sempre incerti, specialmente quando il nervo ammalato è profondamente situato. Le applicazioni narcotiche per lo contrario sono spesso utilissime quando la nevralgia è superficiale. In simil caso, il Signor Trousseau si è frequentemente giovato dell'uso della belladonna. Un medico di Anvers, il dottor Jacques, à proposto d'introdurre questi medicamenti sotto l'epidermide mediante la lancetta. Così dopo aver fatto sciogliere 2 o 3 centigramme di solfato di morfina in una piccolissima quantità di acqua, egli pratica 30 o 40 puntiture su i punti dolorosi con una lancetta carica del liquore, però questo metodo non è stato per anco abbastanza sperimentato. I rivellenti cutanei sono più efficaci de' narcotici, in modo che si giunge qualche volta a svelle rapidamente una nevralgia recente con uno o due sinapismi applicati sul nervo affetto. Ma tra tutti i mezzi esterni, non avviene alcuno che debba preferirsi al vescicante, del quale Cutugno ha reso popolare l'uso. Il vescicante potrà essere volante; ma se il dolore con-

linua, bisognerà favorire la suppurazione e medicare l'esutorio con un sal di morfina. Si è pur consigliato il cauterio, la moxa, la cauterizzazione trascorrente col ferro rovente in modo da scottare appena la pelle sul tragitto del nervo ammalato; però questi mezzi violenti non sono indicati che ne' soli casi i quali si sono mostrati ostinati a' mezzi più blandi. La utilità del galvanismo non è ancora ben dimostrata; però è questo il mezzo che Magendie preferiva a qualunque altro. Così questo celebre fisiologo dice aver guarito la maggior parte delle neuralgie violente in meno di sei sedute, ed aver spesso recato sollievo sin dalla prima. Egli impiega costantemente due aghi, che fa penetrare quasi sul nervo o presso lo stesso. L'aco corrispondente al polo positivo è spinto verso il tronco del nervo; quello del polo negativo è piantato nel punto più doloroso di quelli ove si portano i filetti nervosi. Si agisce prima con pochi elementi; cinque o sei bastano; non bisogna prolungare il contatto degli aghi e de' conduttori al di là di alcuni secondi. Il dolore non è lo stesso verso i due aghi, in generale è più acuto al polo negativo che al positivo. I fatti osservati dal Signor Magendie meritano di fissare l'attenzione; molti tra questi sono stati riportati dal Signor Dupuisaye (Thèse de 1844). Questo medico, distinto osservatore, crede che bisogna riserbare la elettro-puntura nelle neuralgie che non dipendono da alcuna lesione organica, che non sono periodiche, e che non si ligano ad uno stato generale, come lo stato clorotico. La violenza de' dolori non saprebbe essere una controindicazione, perchè il Signor Hermel, il quale ha pubblicato nel 1844 un lavoro sull'uso dell'elettro-puntura nelle neuralgie (*Ana. medico-psychologiques*), afferma che i dolori non sono stati mai esacerbati con questo mezzo. Diremo però che mancano tali fatti per poter giudicare del valore di questo metodo e di alcuni altri tanto raccomandati: tali sono l'uso della calamita artificiale, consigliata da Andry e da Thouret, e dell'acopuntura vantati dal Signor Giulio Cloquet. Tutti questi mezzi però è cosa utile che si sappiano nella cura di una malattia capricciosa, come lo sono tutte le nevrosi, e che spesso è molto ostinata. In fine, quando tutti i mezzi razionali ed empirici sono stati esauriti senza effetto e che la malattia perdura nella sua violenza, abbatte la costituzione e le forze, bisogna distruggere il nervo colla cauterizzazione, meglio ancora operando la escissione nella estensione di alcuni millimetri.

DELLA NEURALGIA TRIFACCIALE

Sinonimia. — Ticchio doloroso, nevralgia facciale, prosopalgia.

La nevralgia trifacciale è quella che occupa il nervo del quinto paio o solamente uno de' suoi rami. In fatti può colpire isolatamente i rami frontali o sottoribitali, o quelli della mascella inferiore, nel loro tutto o in uno o molti rami.

Storia. — Se è vero, come si è preteso, che Ippocrate abbia conosciuto la nevralgia trifacciale, si può non pertanto affermare che le conoscenze del padre della medicina erano molto limitate per rapporto a ciò. Areteo fu, negli antichi tempi, il solo medico che avesse alcune nozioni abbastanza esatte sulle nevralgie facciali; ciò non ostante furono quasi messe in non cale da' suoi successori, ed il carattere di queste malattie restò ignorato sino all'anno 1756 epoca nella quale, André di Versailles, diede, nella fine del suo *Traité des maladies de l'urètre*, una descrizione soddisfacente della malattia, e la fece seguire dalla storia di molti casi particolari. Dopo alcuni anni (1782) si ebbe in Francia la memoria di Thouret. Pujol nel 1787, e Fortsmann nel 1790 pubblicarono ancora delle ricerche giustamente stimate. Già abbiamo fatto parola del quadro sinottico di Chaussier, distinto per questo titolo. Per dar termine alla indicazione de' principali lavori intrapresi nella nevralgia facciale, ci rimane a citare le ricerche di Méglin (1816), quelle di Halliday (1832), la tese del Signor Chaponnière (1832), la memoria di Bellingieri, l'articolo sì distinto del Signor Bérard, inserito nel *Dictionnaire de medecine*, e quello del Signor Valleix consacrato a questa malattia nel suo *Traité des neuralgies*.

Anatomia patologica. — Siccome lo abbiain detto, nessuna lesione si rinviene ne' nervi della faccia in coloro che muoiono per un ticchio doloroso; ciò vien provato dalle osservazioni raccolte da Desault, da Bichat e da Abernethy. Però si citano alcuni casi ove il tronco del nervo o pure uno de' suoi rami erano invasi o compressi da un tumore cancerigno, o pure affetti da ipertrofia o da atrofia; questi fatti però sono eccezionali; essi indicano solamente che possono esistere le nevralgie sintomatiche.

Sintomi. — Nella nevralgia trifacciale, siccome nella maggior parte delle altre nevralgie, gli ammalati accusano due specie di dolori alla faccia; uno fisso, contusivo, gravativo; l'altro vivo e trafittivo. Il primo, siccome lo à dimostrato il Signor Valleix, non occupa tutto il tragitto del nervo ammalato, ma è disseminato su molti punti che si scorge premendo col dito sulla direzione del nervo: sono questi i focolari di dolore de' quali ab-

biamo parlato prima, e che esistono specialmente là dove il nervo è più superficiale.

Le trafitture, che costituiscono la seconda specie di dolori che osservansi nelle nevralgie, sono violenti, atroci: così gli ammalati li paragonano a dardi di fuoco, ad una lacerazione, a uno stiramento, ad un pizzicamento, ec. Essi sieguono il tragitto del nervo, sia che si propagano dal tronco verso i rami di termine, sia, cosa più rara, che essi seguano un corso inverso. I dolori laceranti ritornano ad intervalli più o meno ravvicinati; qualche volta i loro ritorni sono perfettamente periodici; affettano quasi sempre il tipo quotidiano o quotidiano doppio. Il più delle volte però i parosismi sono irregolari; ritornano ordinariamente senza causa eccitante; qualche volta in seguito de' movimenti di masticazione, degli sforzi di deglutizione, di starnuto, ec., ec.

Comunque vivi siano i patemi, la pelle che ricovre le parti ammalate non presenta alcun cambiamento nel suo colorito e nella sua temperatura: quando però le crisi sono violenti, i muscoli della faccia sono agitati da spasmi, da movimenti convulsivi o da una specie di tremito, il che giustifica sino ad un certo punto il nome che si è dato alla malattia di *ticchio doloroso*. Alcuni ammalati hanno fotofobia; l'occhio corrispondente è rosso, lacrimante; la narice dello stesso lato è la sede di un calore e di una incomoda secchezza, o esala abbondanti mucosità; possono esistere i susurri nelle orecchie, i denti addiventano qualche volta estremamente dolorosi ed anche vacillanti. Qualche volta i bulbi de' capelli sono la sede di una viva sensibilità, e tale che basta toccare un capello per risvegliare i dolori. Ho veduto un caso di nevralgia sottorbitale ove, durante gli accessi, i capelli del lato ammalato erano inspidi, e molto più aridi, si erano pure imbiancati in maggior numero del lato opposto. In un fatto analogo, Bellingeri nota che i capelli, divenuti più spessi, più inspidi, si erano cresciuti più rapidamente: la nevralgia una volta guarita ripresero il loro normale aumento.

I dolori possono essere limitati ad uno de' rami del nervo trifacciale, ed anche ad una delle loro ramificazioni, però di rado. Il Signor Valleix in fatti à dimostrato che il numero delle nevralgie limitate ad un sol ramo era, per rapporto alle nevralgie più estese, come 2 sta a 7. Quando la nevralgia è circoscritta, sembra assalire più spesso il dentario inferiore anzichè qualunque altro ramo. Si è veduto qualche volta la nevralgia di un lato propagarsi mediante le anastomosi al nervo del lato opposto o a quelli della parte posteriore della testa e del collo. In fine, in alcuni casi molto rari, de' quali molti sono stati riuniti dal Signor Marchal di Calvi, nel cinquantacinquesimo volume delle *Memoires de medecine militaire*, si vede che la ne-

neuralgia di alcuni filetti nervosi del quinto paio à potuto produrre gli accidenti più gravi dal lato del sistema nervoso, come le convulsioni, delirio, paralisi. Troncare il nervo basta per dar termine a questi disturbi i quali erano puramente simpatici.

Le altre funzioni non presentano nella neuralgia alcun disturbo di qualche importanza: però in alcuni casi rarissimi, si è veduto un leggiero movimento febbrile, molti ammalati àno inappetenza ed un grande mal'essere, il chè spiegasi per la violenza e la lunghezza delle sofferenze: in fine nella maggior parte delle donne, le regole sono meno bondanti e meno regolari del solito.

Corso, durata, esiti. — La neuralgia trifacciale à, comè la maggior parte delle altre neuralgie, uno sviluppo di rado brusco. In fatti il più delle volte si sviluppa con lentezza. Giunta al suo stato, oñre, siccome lo abbiamo detto, de'parossismi regolari o irregolari. Questi ultimi àno luogo la notte o pure il giorno, ma sono generalmente eccitati dalla esposizione ad una temperatura fredda. La malattia si ammansisce quasi sempre a poco a poco: gli accessi si allontanano vimmaggiamente, e scompaiono in fine dopo una durata che varia da alcuni minuti sino a molti anni: comunemente la malattia si prolunga per lo spazio di un mese almeno. Credo non esservi esempio, che la neuralgia trifacciale abbia mai dato luogo alla morte. Siccome tutte le neuralgie, essa va soggetta spesso alle recidive.

Diagnosi. — La neuralgia trifacciale à caratteri talmente distinti che sembra impossibile poterla confondere con alcun altra malattia. Vedremo in prosiegua in che differisce dalla micrania. Le altre malattie dolorose della faccia e del cranio colle quali potrebbe essere confusa sono l'odontalgia, lo ingorgo del seno mascellare, il reumatismo della faccia ed il chiodo isterico.

Spesso la neuralgia de'nervi dentari è stata presa per una semplice odontalgia; in seguito di questo errore, gl'individui si àn fatto strappare tutti i denti del lato affetto senza provare il menomo sollievo. Il dolore odontalgico in fatti somiglia al dolore neuralgico in quanto che quello è come questo, lacerante, si propaga e presenta qualche volta delle specchiate remittenze. Però differisce per la mancanza di quelle contrazioni muscolari, quasi convulsive, si distinte in molte neuralgie; non si osservano neppure mediante la pressione i punti dolorosi di cui abbiàm fatto parola: infine esaminando i denti e specialmente percuotendoli con uno stiletto, se ne vede uno, il quale quasi sempre affetto da carie, è la sede di un dolore più o meno vivo.

La infiammazione del seno mascellare, pel dolore che determina alla sommità della fossa canina, dolore soggetto alle recrudescenze, potrebbe confondersi con una neuralgia del ramo sot-

torbitale, se la mancanza de' punti dolorosi alla pressione e la esistenza di un dolore profondo che aumenta mentre gli ammalati si soffiano il naso non rendessero chiara la diagnosi.

Il chiodo isterico, perchè fisso, circoscrritto esattamente ad un punto limitato, per la sua coincidenza cogli altri accidenti isterici, sarà facilmente distinto da una neuralgia facciale.

Hanno voluto far distinguere le neuralgie trifacciali dal reuma de' muscoli della faccia, malattia la quale è sì rara che i signori Chomel e Requin non ne hanno osservato che un solo esempio: quindi la sua diagnosi differenziale è stata stabilita soltanto *a priori*. Così si è preteso che il dolore reumatico non è mai periodico, che non presenta intermissioni così lunghe quanto quella che appartiene alla neuralgia; si aggiunge pure che la pressione lo esaspera, che è accompagnato da febbre, e non si propaga affatto secondo il tragitto conosciuto del nervo; proposizioni non ancora però verificate.

Non parleremo affatto per quali caratteri si potrebbe distinguere la neuralgia del 5.^o paio con quella del 7.^o; perchè manca sin ora qualunque fatto autentico che potesse dimostrare che il nervo facciale potesse essere la sede della malattia. La sola prova che si cita in favore della esistenza delle neuralgie del 7.^o paio, è la direzione trasversale del dolore. Ma siccome il quinto paio porta dietro la mascella de' numerosi filetti che accompagnano i rami del facciale sulle tempie e la faccia, non avvi, siccome lo dice il Signor P. Bérard, alcuna ragione anatomica da supporre che sia piuttosto l'uno anziché l'altro nervo il quale sia la sede del dolore in questo caso. L'analogia però deve farci piegare per localizzare piuttosto la malattia nel 5.^o paio, poichè le esperienze fisiologiche, le vivisezioni di Ch. Bell, di Eschricht, Bacher, Magendie, Lund, Longet, dimostrano che il nervo facciale, insensibile per se stesso, prende la debolezza sensibilità della quale gode dal nervo trifacciale. In alcune osservazioni pubblicate, si è creduto alla esistenza di una neuralgia del nervo facciale, fondandosi specialmente sul punto di partenza degli spasmi. In fatti àn pensato che quando gli ammalati indicavano l'origine de' dolori al di sotto dell' orecchio o verso la regione mastoidea, e che questi si propagavano da là a tutta la faccia, bisogna localizzare la malattia nel nervo facciale; il Signor Bérard però fa osservare che lungi dal punto di emergenza del nervo facciale, un poco in dentro della regione mastoidea, esce il nervo sottooccipitale, che forma anastomosi con i molteplici rami del trifacciale, e che può essere come questo colpito da neuralgia si vede dunque che non esiste ancora, alcuna prova inconcussa in favore delle neuralgie e nervo facciale.

Pronostico. — La nevralgia facciale, quantunque non compromette affatto la vita degli ammalati, costituisce però una malattia incomoda in ragione de' dolori che produce, della persistenza e delle sue recidive. Più la malattia si prolunga e più lo individuo è avanzato in età, più ancora la malattia è grave. In generale, la nevralgia facciale che si mostra in modo periodico cede più o meno prontamente alle preparazioni di china-china.

Etiologia. — Tutte le quistioni relative alla etiologia della malattia sono state studiate con gran cura dal Signor Chaponnière, nella sua distinta tese di già citata. La nevralgia facciale, rara ne' due estremi della vita, è più speciale della età adulta. Dietro i rapporti del Signor Chaponnière, la malattia avrebbe il suo massimo di frequenza da venti a trent'anni nelle donne, e da trenta a quaranta negli uomini.

Gli autori non sono di accordi quando trattasi di valutare la influenza del sesso. Così, secondo il Signor Thouret, G. Frank e Bellingeri, gli uomini sarebbero più spesso affetti dal ticchio doloroso delle donne, mentre che Fothergill, Siebold, Hartmann e Méglin pretendono il contrario. Il Signor Chaponnière stabilisce che i due sessi sono quasi egualmente predisposti.

Relativamente alla influenza del temperamento, non si conosce altro, se non che tutti sono esposti alla malattia. Alcuni fatti sembrano provare che il ticchio doloroso è una malattia ereditaria; pur tuttavia questa quistione richiede novelle ricerche per essere definitivamente giudicata.

Le nevralgie facciali sembrano essere più comuni nelle stagioni umide e fredde: però non possediamo alcun dato sulla frequenza relativa della malattia ne' diversi climi. La scienza attende ancora de' fatti per valutare la influenza del regime, perchè gli uni hanno accusato la mollezza e l'ozio, mentre altri considerano la malattia come comune negli individui della classe povera.

Tra tutte le cause occasionali, la più efficace per produrre la nevralgia è senza dubbio l'impressione del freddo umido, sia che questo agisca lentamente ed in modo continuo, o pure bruscamente quando il corpo è sudato. Si è pure veduta frequentemente la malattia succedere ad un vivo spavento; Bellingeri, Méglin e Weinhold ne hanno rapportato degli esempi. Hanno pure accusato la soppressione delle emorragie costituzionali e la ripercussione degli esantemi; ma niente è per anco dimostrato a questo riguardo.

Diverse lesioni organiche possono produrre e sostenere una nevralgia trifacciale; citeremo specialmente la carie de'denti, come vien provato da una curiosa osservazione del Signor Stille di Filadelfia (*Archives* del 1843); la presenza di un corpo e-

straneo, come un pezzetto di porcellana, che comprime o stira un filetto nervoso; la esistenza de' neuroni: la degenerazione cancerigna del nervo o di uno de' suoi rami, ec. Finalmente certe neuralgie trifacciali si sono manifestate per la estirpazione di un dente, per la contusione o la lacerazione di un filetto del quinto paio, o per una causa vulnerante qualunque.

Cura. — La cura della neuralgia facciale in generale è incerta. Passeremo sotto silenzio gli antiflogistici, i purganti ed i rivellenti applicati lungi dalla sede del male, perchè tutti questi mezzi sono senza una utilità reale, anzi sono anche nocivi. L'elettro puntura, raccomandata da Magendie, e che secondo questo celebre fisiologo, guarirebbe la neuralgia violentissima in meno di sei sedute, e recherebbe spesso sollievo alla prima, non ha presentato risultati soddisfacenti a tutti. Per esempio, il Signor Valleix, operando come Magendie, non ha mai ottenuto alcun vantaggio. Però i fatti riportati dal Signor Depuisaye nella sua tesi debbono incoraggiare a sperimentare ancora questo mezzo. L'oppio internamente o applicato sulla pelle non denudata non ha quasi mai alcun vantaggio; può dirsi pure ch'esso è meno efficace degli altri narcotici e di alcuni antispasmodici. Così le pillole di Méglin, delle quali il giusquiamo costituisce la parte più attiva, sono state spesso utili; però bisogna prontamente aumentare la dose del rimedio: così gli ammalati, cominciando a prendere due pillole mattina e sera, dovranno raddoppiare tutti i giorni sino a che la malattia si calma o che gli accidenti dipendenti dal cervello e dallo stomaco costringono il medico ad arrestarsi: Méglin ha pur dato senza inconveniente sino a trentasei ed anche quarantotto pille al giorno. Sono stati lodati a cielo i sali di mercurio, lo stromonio, la bella donna, l'assafetida, l'acido idrocianico, la cicuta, la trementina, il valerianato di zinco, medicamenti che in fatti pare abbiano guarito alcuni ammalati. Dicasi lo stesso delle lozioni canforate e del cianuro di potassio dato sotto forma di pomate o di fomenti (da 5 a 20 centigramme). Non dobbiamo dir nulla di una medicatura bizzarra vantata in questi ultimi tempi, consistente a toccare la volta del palato presso i denti incisivi con un pennello carico di ammoniaca al 25° grado, da doversi lasciare sul luogo sino a che produce una bondante lacrimazione. Si è preteso che ciò bastava per far cessare allo istante il dolore neuralgico, comunque intenso ed antico esso fosse. È una fortuna che non mi è stata mai concessa, che anzi mi è sempre fallito. Le ispirazioni eterie fatte secondo il metodo americano, nel ticchio doloroso, hanno spesso una incomparabile efficacia, poichè fanno scomparire il dolore istantaneamente. Quindi è che con cinque o sei ispirazioni eterie, ho fatto cessare, l'anno scorso, un accesso di neuralgia facciale che durava incessantemente da più di venti giorni.

Vi sono due possenti medicamenti i quali, senza efficacia nelle maggior parte delle nevralgie, agiscono però in alcuni casi speciali; dessi sono: il solfato di chinina ed il sotto carbonato di ferro. Il primo sarà amministrato ogni qual volta la nevralgia avrà de' ritorni o semplici esacerbazioni periodiche. Bisognerà dare il rimedio alla dose di 30 centigramme o 1 gramma dodici ore prima dello sviluppo dello accesso. In quanto al sotto carbonato di ferro, molto vantato, può dirsi che riesce soltanto quando la nevralgia si liga ad uno stato clorotico o anemico; il ferro agisce allora meno come antinevralgico che come corroborante, dando al sangue la quantità di globuli che à perduti. Passeremo sotto silenzio le preparazioni arsenicali proposte da Fowler, e vantate recentemente dal Signor Boudin, atteso che non esistono ancora fatti sufficienti in favore di questo mezzo.

Per poco però che la malattia si ostini, ed oltre a chè quando si è sicuro che non dipende da alcuna delle cause organiche che abbiamo citate, bisogna ricorrere all'applicazione di uno o molti vescicanti. Bisogna, per quanto è possibile, applicare i vescicanti su i punti più dolorosi. A seconda della maggiore o minore ostinazione del dolore, il vescicante sarà volante, o pure si avrà cura della suppurazione per molti giorni; si potrà anche medicare con un sal di morfina.

Contro le nevralgie facciali sono state pure consigliate le canterizzazioni profonde colla potassa caustica (André), o la cauterizzazione trascorrente, meno frequentemente usata dal Signor Jobert. Il primo metodo è barbaro ed affatto disusato a' giorni nostri; il secondo può essere giustificato ne' casi di nevralgie intense e ribelli a tutti gli altri mezzi. In questi casi di nevralgie che resistono a tutti gli agenti terapeutici anno pure consigliato d'incidere o piuttosto pertar via il nervo: questo mezzo è stato tentato in questi ultimi tempi e con successo da Augusto Bérard. Prima però di ricorrere a questo estremo bisogna tentare una cura antisifilica, specialmente se lo individuo fosse stato altra volta infetto da sifilide, perchè si son vedute qualche volta nevralgie ostinatissime non cedere che all'uso del mercurio.

Torna superfluo dire che gli ammalati saranno custoditi da freddo umido. Bisognerà quasi sempre sottoporli alla dieta, meno che nel caso di alcune complicazioni. Il nutrimento sarà solamente blando e meno bondante.

DELLA EMICRANIA

La emicrania è una malattia dolorosa de' nervi della testa, caratterizzata da un dolore più o meno vivo, ordinariamente limitato alla metà frontale del cranio, che occupa specialmente la regione sopracigliare, la cavità orbitale, o la fossa temporale, e

si accompagna ad inappetenza, nausea, vomiti e ad uno stato di estremo mal'essere.

Sintomi, corso. — La emicrania sviluppaasi quasi costantemente in picco giorno, ora all'improvviso, più spesso con alcuni prodromi, come stanchezza, mal'essere, tristezza, sbadigli, brividi, inappetenza, nausea; altri accusano sordità, offuscamenti diverse illusioni della vista da far vedere agli ammalati oggetti doppi o anche un movimento di rotazione e più spesso sotto forme bizzarre, con tinte e coloriti che non loro appartengono affatto: è questo un punto curioso della storia della emicrania sulla quale il Signor Piorry ha lungamente parlato. In fine in alcuni casi rarissimi, e Tissot ne cita un esempio, gli ammalati accusano formicoli, un poco di paralisi nelle membra ed imbarazzo nella parola. Però a quest'epoca già lo ammalato soffre in uno de' punti della testa che abbiamo indicati; dapprima è una specie d'imbarazzo; ma tosto i dolori sono vivi, di tensione, trafittivi qualche volta accompagnati da un poco d'iniezione dell'occhio e della fronte: vi sono puntiture nell'orbita; il globo oculare sembra disteso; è doloroso. e la pressione che si esercita su di esso è una delle più penose. Gli individui incapaci di darsi ad alcun movimento, ad alcun lavoro, si ritirano soli in un silenzio completo. La loro suscettibilità è tale che il menomo rumore li agita irrita; sono tristi e di cattivo umore; le loro idee sono confuse, e la loro memoria infedele; spesso non tollerano gli odori più grati, molti hanno tendenza al sonno. Il polso è qualche volta vibrante, più spesso normale. Esistono quasi sempre tutti, nausea e spesso vomiti verdastri, ordinariamente seguiti da sollievo.

Tali sono i sintomi più comuni della emicrania. Però la malattia non offre sempre la stessa intensità; quindi è talmente leggiera che permette agl'individui di attendere a tutti i loro affari, solamente con meno trasporto del solito; in altri per lo contrario, l'emicrania si presenta coll'apparato di una malattia molto seria. Quindi secondo il Signor Calmeil, si citano alcuni casi, felicemente rari, in cui il dolore partendo dal fondo dell'orbita era quasi atroce, ove i muscoli dell'occhio, la palpebra inferiore, i muscoli della faccia erano agitati da movimenti convulsivi, ove il dolore si portava verso le gengive, verso i lati del collo e le arcate dentarie, dove la iperemia della fronte comunicava a' tegumenti un colorito violaceo; ove la congiuntiva si copriva di ecchimosi; ove il pizzicore, i formicoli inquietanti occupavano il lato corrispondente del corpo o pure il lato opposto alla emicrania; dove in fine il male si propagava sino alla nuca, senza permettere allo individuo di posar la testa sul cuscino.

La emicrania dura comunemente da otto a dodici ore, ed in casi eccezionali può durare trentasei, quarant'otto, settantasei ore ed anche cinque giorni, siccome il Signor Labarraque ne cita un esempio nella sua tesa (1837). Si risolve qualche volta per vomiti, per una traspirazione, o una bondante segregazione di urine; il più spesso però non si osserva alcuna crisi, e dopo aver dormito alcune ore gl'individui si risvegliano, gli uni affatto sani, gli altri con poco mal'essere, abbattimento, un senso di peso e d'imbarazzo nella testa con inappetenza ed una bocca pastosa; questi residui però di mal'essere non tardano a dissiparsi.

La emicrania va soggetta alle recidive più o meno frequenti, il cui numero varia da cinque o sei nel corso di un anno sino a quaranta o cinquant'a. Gli accessi, intensi, e ravvicinati nel periodo medio della vita, s'indeboliscono e si allontanano a misura che lo individuo invecchia, poi cessano completamente. Nulla di regolare avvi nel ritorno di questi accessi: però si veggono qualche volta nelle donne manifestarsi a ciascun'epoca della mestruazione, e nell'uomo a periodi fissi, come tutti i mesi o tutti i tre mesi, ed anche ad intervalli più ravvicinati. Tale è il fatto riportato da Schenck, di un monaco il quale, per lo spazio di tre anni e più, soffriva in ciascun lunedì, alla stessa ora, una emicrania delle più violenti.

Diagnosi. — La emicrania, per la sua durata e la sua fisionomia affatto speciale, si distingue facilmente da tutte le malattie dolorose della testa. Se in alcuni casi si avvicina, per la sua natura e la sede de'dolori, ad una nevralgia trifacciale, se ne allontana però per la mancanza de'punti dolorosi, per i disturbi dello stomaco e quello stato di mal'essere e di eretismo che non si osservano affatto ne' ticchi dolorosi ordinari.

Pronostico. — La emicrania è una malattia incomoda, ma mai grave. Si è preteso che andando per le lunghe, poteva produrre la cecità, la perdita dell'udito, dell'odorato, ec; però niente è stato ancora dimostrato di tutto ciò.

Etiologia. — La emicrania è una malattia frequentemente ereditaria. Quasi sconosciuta da sette a otto anni, rara da otto a quindici, non si manifesta che all'epoca della pubertà e spesso più tardi ancora. Si dice essere più frequente nella donna che nell'uomo. Si suppone che gl'individui avendo gli attributi del temperamento nervoso e bilioso vi siano più predisposti; ma niente si conosce ancora di preciso su di ciò; s'ignorano pure quasi sempre le cause che determinano gli accessi; oltre a chè questi accessi variano molto secondo gl'individui. Così negli uni, un patema o un'allegrezza morale, specialmente durante il travaglio della digestione; in altri una fatica, un errore dietetico; in alcuni, la impressione di un freddo violento o di un calore elevato,

la costipazione o la dimora troppo prolungata nel letto, ec., sono altrettante circostanze che possono provocare lo sviluppo della malattia.

Cura. — Alcuni calmano momentaneamente i loro patemi mangiando; i movimenti della masticazione loro recano sollievo; ma quasi sempre si veggono gli accessi raddoppiare subito dopo il pranzo e prolungarsi di più. Convien dunque che gli ammalati siano condannati alla dieta se la emicrania è forte, e che mangino poco se è benigna. Il miglior rimedio è il riposo, lontano dal rumore ed al coverto della luce. Gli ammalati dovranno coricarsi e procurar di dormire; il sonno potrà anche esser provocato mediante una piccola quantità di oppio (2 a 5 centigramme).. Alcuni trovano sollievo bevendo una infusione aromatica, specialmente il thè o il caffè, o respirando solamente i loro vapori; altri preferiscono le aspersioni di aceto di etere, ec. Ne' casi rari in cui la emicrania si accompagna a' segni di congestione cerebrale, bisogna ricorrere ad alcuni rivellenti sulle membra, ed anche aprire la vena del braccio; però questa indicazione si presenta di rado. È cosa pur rara, che per la forza e la sussistenza de' dolori, si sia costretto di applicare un vescicante ammoniacale asperso di 1 o 2 centigramme di solfato di morfina. Il Signor Magistel à però consigliato di adottare questa cura come metodo generale, ed assicura che impiegandolo per cinque o sei accessi consecutivi, si giunge a prevenire la malattia. E' questa una opinione la cui esattezza non è affatto dimostrata. Esprimeremo gli stessi dubbi sulla utilità delle applicazioni dell' ammoniaca sotto la volta del palato, praticate siccome lo abbiamo detto per i casi di nevralgia trifacciale,

Quando la emicrania non fa che svilupparsi, possi qualche fiata abortire lo accesso mediante l'esercizio, eccitando vivamente la pelle de' piedi coll'acqua calda, o tranguggiando alcuni alimenti stimolanti se lo individuo si trova digiuno. In questi casi, e specialmente in quelli ove la emicrania comincia con queste illusioni della vista, il Signor Piorry consiglia come mezzo abortivo, le unzioni fatte sulle palpebre coll'estratto di belladonna, allungato coll'acqua sino alla consistenza dello sciroppo (5 a 20 centigramme di estratto).

Per prevenire gli accessi, o almeno per allontanarli bisogna astenersi dalle abitudini regolari, evitare il soggiorno prolungato nel letto, avere un convenevole alimento, non commettere alcun eccesso, e combattere la costipazione mediante i clisteri: hanno pure consigliato l'amministrazione di alcune infusioni amare: questo mezzo però non è affatto utile se non quando la emicrania coesiste colla clorosi o con uno stato di debolezza dello stomaco,

Sede. — La natura nevralgica della emicrania non può mettersi in dubbio; però la sua sede non è sempre la stessa. I nervi dell'iride, in alcuni casi, i filetti nervosi delle tempie, quelli delle palpebre, quelli del sopracciglio o della fronte, in altri, sembrano essere specialmente affetti; possono esserlo simultaneamente o successivamente per la irradiazione della malattia. Siccome il Signor Piorry lo à notato, la emicrania sembra appartenere alle nevralgie ascendenti; per la estensione della nevrosi delle ramificazioni al centro sensitivo egli spiega questi fenomeni simpatici verso lo stomaco, questi disturbi cerebrali diversi, che formano uno de' tratti manifesti della malattia. In somma, ci par cosa ragionevole conchiudere, col Signor Calmeil, che la emicrania si rannoda ad una lesione doppia del sistema nervoso, centrale e periferico, e che predomina ora nell' uno ora nell'altro. Torna inutile dire che la emicrania non à alcun carattere anatomico.

DELLA NEURALGIA CERVICO-OCCIPITALE

Indicata dal Signor Bérard primogenito, il quale ne à formato una varietà del ticchio doloroso, la nevralgia cervico-occipitale non è stata convenevolmente descritta per la prima volta che dal Signor Valleix. Essa à sede ne' nervi occipitali, o cervicali superficiali, cioè nel ramo posteriore de' quattro primi nervi cervicali. In questa nevralgia si osserva, come nel ticchio doloroso, un dolore continuo, gravativo, o contusivo, poi delle trafitture intermittenti che partono quasi sempre sotto l'occipite, un poco al di fuori delle prime vertebre cervicali, da là riflettono alla parte superiore del cranio. La pressione, sulla superficie della testa e del collo, à fatto scovrire al Signor Valleix molti punti dolorosi; son dessi: 1° il punto *occipitale*, situato tra l'apofisi mastoidea e le prime vertebre cervicali, un poco più vicino a queste che a quella, e che corrisponde manifestamente al punto di emergenza del nervo occipitale; 2° più in basso sul bordo anteriore del trapezio ed il bordo posteriore dello sterno-cleido-mastoideo o anche al di sopra della parte media del collo, si trova un altro punto doloroso che può chiamarsi *cervicale superficiale*, e che corrisponde al punto di emergenza de' principali nervi che concorrono a formare il plesso di questo nome; 3° il punto *parziale* è comune a questa nevralgia ed a quella del trifacciale; esso à sede ne' dintorni della protuberanza parietale, verso la quale le trafitture risalgono segnando il nervo occipitale ed alcuni rami della branca mastoidea; 4.° avvi un punto doloroso sull'apofisi mastoidea, portandosi qualche volta al di sotto del lobolo dell'orecchio, il che spiega l'er-

rore di coloro che stabiliscono allora la malattia nel nervo del settimo paio: è questo il *punto mastoideo*; 5.° in fine la conca dell'orecchie ne à presentato uno il quale deve essere chiamato *punto auricolare*. Le trafitture sono anche avvertite qualche volta nello stesso interno dell'orecchio; il Signor Valleix stabilisce la sede di queste ultime ne'rami superficiali che danno la sensibilità all'orecchio esterno, e niente affatto ne' nervi che attraversano lo scoglio. .

Le trafitture possono essere limitate a' punti che abbiamo indicati; spesso però si propagano mediante le divisioni del nervo frontale agli altri nervi della faccia, e si portano altra volta in senso inverso verso la parte posteriore del collo e sulla spalla.

I fatti non sono ancora tanto numerosi per determinare quale sia il corso e la durata di questa neuralgia; s'ignora ancora quali siano le cause speciali che la sviluppano.

La neuralgia cervico-occipitale non potrebbe essere affatto confusa che col torcicollo; però questo differisce dalla neuralgia in quanto che i movimenti esacerbano molto i dolori; la testa, è tenuta immobile, inclinata da una parte o da un'altra, secondo il muscolo affetto; questo è duro; la pressione è dolorosa sopra una grande superficie, e non su i punti isolati; in fine la sofferenza è continua e non ritorna ad accessi.

La cura sarà la stessa di quella della neuralgia trifacciale s'insisterà specialmente sull'uso de' vescicanti volanti.

DELLA NEURALGIA CERVICO-BRACHIALE

Sotto il nome di *neuralgia cervico-brachiale*, s'indicano le neuralgie che hanno sede nelle radici posteriori degli ultimi pari cervicali, nel plesso brachiale e ne' nervi che ne emanano.

Indicata, dicesi, da Celso, ma descritta per la prima volta da Cutugno, non si trovavano che alcune osservazioni isolate negli autori e nelle raccolte periodiche, quando il Signor Valleix, riunendo tutti questi elementi sparsi, à dato nel suo libro una storia molto completa della malattia.

Questa neuralgia può colpire la maggior parte del plesso brachiale o essere concentrata in uno de' rami estremi, specialmente nel nervo cubitale, ec. La neuralgia radiale e muscolo-cutanea, quella del nervo mediano, sono molto più rare.

Siccome in tutte le altre neuralgie, esiste un dolore sordo, delle trafitture che ritornano ad accessi e de' punti dolorosi variabili pel loro numero. Il Signor Valleix indica specialmente: 1.° un punto situato alla parte superiore del cavo ascellare, ch'ei chiama *punto ascellare*; 2.° un punto al livello del punto dove il nervo cubitale contorna l'epitrocleo: è questo il *punto e-*

pitrocleo; 3.° un altro situato al punto ove il nervo istesso, divenuto superficiale, passa avanti al carpo per portarsi nella palma della mano: chiamasi *cubito-carpio*.

Il nervo radicale affetto da nevralgia presenta due punti dolorosi principali, situati, uno al punto ove il nervo circonda l'omero, l'altro alla parte inferiore del radio; in fine, nella nevralgia cervico-brachiale, esistono ancora diversi punti dolorosi, cioè: fuori le vertebre cervicali, entro l'angolo formato dalla clavicola e l'acromion, alla parte superiore e media del deltoide.

La nevralgia cervico-brachiale non potrebbe confondersi che col reumatismo muscolare; questo però si distingue per la difficoltà de' movimenti ed i dolori che questi risvegliano. In oltre, le trafitture non ritornano ad accessi distinti; e se la prima risveglia i dolori, questi occupano una grande superficie, e non esistono a forma di punti disseminati.

La cura è simile a quella della nevralgia precedente.

DELLA NEURALGIA INTERCOSTALE

O DORSO INTEBCOSTALE

La nevralgia della quale siamo per occuparci à sede ne' nervi intercostali.

Storia. — Vagamente indicata da' diversi autori, conosciuta quasi trent'anni dopo dal professor Fouquier, fu però convenevolmente descritta soltanto per la prima volta nel 1818 dal chirurgo Nicod. Pertanto il lavoro di questo autore passò quasi ignorato e la nevralgia intercostale rimase confusa colle diverse malattie dolorose delle pareti toraciche. Gli autori inglesi ed americani, come Prayer, Is. Parrich, Reale, Griffin, Thomas, malone, Todd, e Olivier in Francia, molto più ingannati senza dubbio dalla sensibilità viva che si determina, comprimento le vertebre ne' casi di nevralgie intercostale, non hanno localizzato questo dolore nella divisione del ramo posteriore de' nervi dorsali ma nella stessa midolla, che sarebbe allora la sede di una lesione speciale, alla quale hanno dato il nome d'*irritazione speciale*. Tale era lo stato della scienza quando un medico distintissimo, il dottor Basse-reau, scoprì sin dall'anno 1838, il vero carattere della malattia, e ne determinò precisamente la sede: però solo nel 1840 ei pubblicò le sue prime ricerche nella sua tese inaugurale. Il Signor Valleix, il quale aveva appreso dal Signor Bassereau a conoscere la malattia, l'ha studiata esso stesso, e le ha consacrato negli Archives (1840), poi nel suo libro, un capitolo che si leggerà con molto interesse.

Sintomi. — Nella nevralgia intercostale esiste spesso un dolore continuo, sordo contusivo, o delle trafitture che ritornano ad irregolari intervalli; queste si propagano quasi sempre dal lato della colonna in tutta la estensione o in una parte della lunghezza dello spazio intercostale. Il dolore fisso al dorso si accompagna spesso ad un dolore della stessa natura, in uno de' lati del torace verso la parte media, e apessissimo allo epigastrio o sopra la parte anteriore e laterale dello sterno. Però questi tre punti dolorosi non possono essere ben distinti che col tatto.

In fatti, palpeggiando col polpastrello di una o molte dita la spina dorsale di un individuo affetto da nevralgia intercostale, si risveglia un dolore più o meno vivo al momento in cui si appoggia su certi punti di questa regione. Questo dolore può essere risvegliato, sia premendo al livello de' fori di congiunzione, sia che si comprimono le apofisi spinali. Può anche essere risvegliato quando si solleva a forma di piega la pelle che ricopre queste ultime; il che prova evidentemente che questa sensibilità non deriva da una malattia della midolla, ma che risiede unicamente nel ramo posteriore del nervo intercostale. Il dolore del quale ci occupiamo può essere poco intenso, ma spesso è atroce e strappa gli urli agli ammalati. Quasi sempre circoscritto, poichè offre per lo più una estensione di 2 centimetri soltanto, caratterizza il punto *posteriore* o *vertebrale*. Esplorando accuratamente lo spazio intercostale, si scovre spesso alla sua parte media un altro punto non meno doloroso che lo precede, e che chiamasi *punto medio* o *laterale*; è circoscritto tanto quanto il primo, ma offre comunemente minore intensità di quello. In fine, alla parte anteriore, esiste, sia tra le cartilagini ed un poco al di fuori dello sterno, sia in una metà dello epigastrio ed un poco al di fuori della linea mediana, un altro punto doloroso chiamato *punto anteriore*, *sternale*, o *epigastrico*, più frequente del primo ma molto meno costante del punto posteriore.

Questi tre punti dolorosi sono, siccome i signori Valleix e Bassereau lo hanno osservato, in rapporto colla distribuzione dei nervi dorsali. In fatti ne' tre punti ove questi nervi mandano direttamente ai tegumenti un ramo più o meno considerabile, e divenuto perciò più superficiale, la pressione vi risveglia un dolore vivo (1).

(1) Per comprendere ciò che precede, bisogna ricordarsi che i nervi dorsali hanno tre punti principali di divisioni, in ciascuno de' quali un ramo più o meno considerabile diviene superficiale per distribuirsi più o meno completamente ne' tegumenti. E' questo il ramo che Craveilhier chiama *perforante*. Egli ne ammette due: l' uno *anteriore*, vicino allo sterno,

In ciascuno de' punti che abbiamo indicati, il dolore è talmente limitato, che ad alcuni millimetri di distanza, la pressione più forte non risveglia alcuna sofferenza. Il dolore suscitato dalla pressione può essere limitato in un sol punto o riflettere ne' due altri. In generale, gli ammalati provano ancora dolore durante la tosse, le inspirazioni, e qualche volta ne' movimenti del braccio e del trauco. Questo dolore, che, siccome lo dice il Signor Valleix, à sede ora in un punto ora in un'altro, senza alcuna regola fissa, è più o meno vivo. Quasi tutti gli ammalati lo paragonano, ad un intorpidimento, ad un formicolio quando essi stanno in riposo; ma di tempo in tempo i dolori prendono il carattere di un calore scottante, di trafitture vive o di stiramenti penosi.

Quando la malattia è antica, i dolori si propagano qualche volta al collo, verso la spalla ed il braccio; nella donna si vede spesso la glandola mammaria essere la sede di una viva sensibilità, ciò però a luogo soltanto quando gli spazi intercostali su i quali l'organo riposa sono invasi dalla nevralgia (Bassereau).

Nella malattia di cui è parola, gli ammalati provano spesso nelle diverse parti del corpo dolore della stessa natura: non si osserva alcun disturbo notevole nelle funzioni della respirazione e della circolazione: gli organi digestivi in generale sono nello stato di perfetta integrità. Nella donna poi, si osservano diversi disturbi nella mestruazione: questi ultimi accidenti non sono costanti, non sono nè anche più comuni in questa nevralgia che in quelle che abbiamo studiate e che ci rimangono a studiare.

La nevralgia occupa quasi sempre molti nervi intercostali, ma di rado questi sono affetti allo stesso grado. In generale, la intensità della malattia è in rapporto col numero de' nervi che sono stati colpiti.

Corso, durata, esiti. — La malattia si sviluppa ordinariamente per gradi, e finisce nello stesso modo, dopo aver presentato nel suo corso delle esacerbazioni e delle remissioni molto irregolari. La sua durata è quasi sempre lunga e variabilissima. La malattia può durare anni interi, e non termina mai funestamente; va soggetta alle frequenti recidive.

Diagnosi. — Il Signor Bassereau à perfettamente stabilito

corrisponde al punto doloroso anteriore; l'altro *medio*, esiste al mezzo dello spazio che separa lo sterno dalla colonna: corrisponde al punto doloroso medio o laterale. In fine il ramo dorsale uscendo dal foro di congiunzione, fornisce i filetti che traversano i trasversali spinali ed altri muscoli per portarsi nella pelle: essi corrispondono al punto doloroso posteriore.

che, senza il tatto, torna impossibile poter diagnosticare la nevralgia intercostale, e rendersi conto de' fenomeni che l'accompagnano. Bisognerà, in questa osservazione, seguire le regole date dal Signor Valleix. Così un ammalato che si lagna di un dolore in una parte del petto bisogna, come lo dice questo medico, portare il dito da una parte all'altra premendo leggermente su i lati della colonna vertebrale, e nella direzione dei fori di congiunzione. Se esiste una nevralgia intercostale, nel momento in cui si giunge sul punto doloroso, lo ammalato fa un movimento, come se volesse esimersi dalla pressione; qualche volta si lagna vivamente. Si continua in seguito a premere sulla estremità posteriore dello spazio sottostante, e si colpisce un punto ove il dolore non si fa più sentire ad un tratto. Così si anno i limiti dall'alto in basso della malattia, e si conosce il numero de' punti posteriori. Bisogna in seguito osservare attentamente la estensione di questi punti dolorosi premendo intorno ad essi in tutti i sensi: si vede allora che la sensibilità naturale si manifesta da pertutto bruscamente, in guisa che una linea di limite specchiatissima esiste tra quest'ultima e la sensibilità morbosa. In fine non bisogna mai trascurare di esplorare nello stesso modo il lato opposto della colonna vertebrale, la cui insensibilità sotto la pressione è un punto di paragone molto giovevole. Si contano poscia dall'alto in basso gli spazi vertebrali della region dorsale, per determinare quali sono, nel loro ordine numerico, i nervi, dove è sede il dolore. Si pratica in avanti la stessa operazione, cominciando sempre dal primo spazio intercostale, affinché, pel passaggio brusco degli spazi ammalati, si potesse ottenere un preciso risultato, e tanto più prezioso in quanto che lo ammalato, ignorando necessariamente in qual punto della parte anteriore debba corrispondere il dolore della parte posteriore, non saprebbe indurci in inganno per qualunque siasi motivo. In fine, contando gli spazi dall'alto in basso, si vede se avvi coincidenza tra il numero e la sede dei punti dolorosi.

Per conoscere il punto laterale, si siegue tutta la lunghezza dello spazio intercostale premendo da per tutto nello stesso modo. Bisogna pure non trascurare la esplorazione del lato sano facendo il paragone col lato ammalato. In fatti, avvi alcuni individui ne quali una pressione mediocrementemente forte esercitata tra le coste, sia alla parte anteriore, sia sulle parti laterali del petto, determina il dolore; ma allora i due lati sono egualmente dolorosi, e lo sono in una maggiore estensione. Se per lo contrario esiste una nevralgia intercostale, uno de' lati è dolorosissimo in alcuni punti molto limitati, mentre che l'altro non è la sede che di un leggerissimo dolore. Oltre a chè in questi casi di nevralgia basta una leggerissima pressione per pro-

durre un vivo dolore; avendo cura di osservare il torace con moll' arte, si eviterà qualunque errore.

La nevralgia intercostale si distingue facilmente da tutte le malattie acute e croniche delle vie respiratorie, mediante la percussione e ascoltazione; stabilendo accuratamente la sede, la direzione ed i limiti del dolore, sarà pur facile, come si vedrà appresso, distinguere la nevralgia intercostale della pleurodinia e dall'angina di petto.

Pronostico. — Il pronostico è grave soltanto in ragione della persistenza della malattia, la quale è tanto più ostinata in quanto risale ad un'epoca più lontana, e coincide con una lesione organica del petto o del ventre.

Etiologia. — La nevralgia intercostale è una malattia comunissima; in fatti è più frequente della nevralgia trifacciale. Può mostrarsi a tutte le età della vita; però è più comune tra diciassette e quarant'anni (Valleix); essa è incomparabilmente più frequente nella donna che nell'uomo; colpisce specialmente gl'individui nervosi di una costituzione poco forte. La malattia è una predilezione manifesta per i nervi del lato sinistro; invade quasi sempre molti spazi intercostali nello stesso tempo, come due o tre. Si mostra in preferenza nel sesto, settimo ed ottavo.

La nevralgia intercostale, spesso spontanea e primitiva, si sviluppa frequentemente nel corso o nel declinare di certe malattie. Così bisogna rapportare ad una nevralgia intercostale que' dolori vivi ed ostinati delle parti toraciche che vengono in seguito della zona che ha occupato queste parti. La nevralgia intercostale è purc un accidente comune nel corso della elicia polmonale e delle pleurisie croniche. In fine il Signor Bassereau stabilisce che più spesso, è sintomatica di una malattia dell'utero o de' suoi annessi: però i fatti invocati da questo medico distinto in favore della sua teoria sono in piccol numero. Di più, il Signor Valleix mi pare abbia provato che i disturbi osservati nelle funzioni uterine sono, non la causa, ma lo effetto della nevralgia, ed appartengono meno alla nevralgia intercostale anzichè ad una nevralgia lombo-addominale.

Cura. — Il Signor Valleix ha ottenuti de' buoni effetti soltanto de' vescicanti volanti; se poi il dolore continua, si cureranno con un sal di merfina, incominciando da un centigrammo. Il vescicante sarà applicato sul punto doloroso. Qualche volta questa sola applicazione basta per togliere o moderare la sofferenza ne' due altri punti dolorosi in un tempo: quando però questi continuano ed è il caso più frequente, bisognerà combattere direttamente ciascuno di essi con un vescicante. Comunque efficace possa essere il vescicante, non crediamo però doversi ricorrere ne' primi momenti, specialmente se la malattia è benigna; in questo caso, bisognerà limitarsi a fare le frizioni colle flanel-

le impregnate di vapori di zucchero o benzuino, o con un linimento ammoniacale (4 gram. d'ammoniaca e 30 di olio); questi mezzi soli sono stati spesso sufficienti nella nostra pratica. Si praticheranno in oltre per lo stato costituzionale i medicamenti atti; così quasi tutti gli ammalati essendo di una costituzione poco forte, i ferruginosi, i tonici, i bagni di mare, saranno spesso indicati. In fine per le donne, si avrà cura delle funzioni dell' utero, e si combatteranno i disturbi di quest' organo, siano pure o causa o effetto della neuralgia intercostale.

DELLA NEURALGIA LOMBO-ADDOMINALE.

Questa neuralgia, sulla quale non possediamo ancora che schiarimenti molto incompleti, occupa il ramo anteriore e posteriore de' nervi lombari, specialmente quelli del primo paro.

Sintomi. — Il Signor Valleix à descritto diversi punti dolorosi: così quando la malattia attacca soltanto i rami posteriori; specialmente quello del primo paro, non esistono che due punti dolorosi, l'uno situato alquanto in fuori delle prime vertebre lombari (*questo punto è il lombare*); l'altro alquanto al di sopra del mezzo della cresta delle ossa degl' ilei (*è questo il punto iliaco*). Se i rami anteriori sono invasi, la pressione potrà pure provocare un dolore vivo fuori della linea bianca, al di sopra dell' anello inguinale (*punto ipogastrico*), come pure verso il mezzo del ligamento di Falloppio (*punto inguinale*). Il Signor Valleix indica ancora un dolore alla parte inferiore del testicolo (*punto scrotale*) o nella spessezza del grande labbro; ciò porta questo autore a rannodare alla neuralgia lombo-addominale la malattia descritta sotto il nome di *neuralgia ileo-scrotale*, di *testicolo doloroso*, d' *irritabile testis*, opinione la quale non sembra ancora sufficientemente dimostrata.

Nella donna esistono spesso diversi disturbi uterini, come le alterazioni della mestruazione, la leucorrea più o meno bondante; però il sintomo più chiaro è un dolore vivo del collo, limitato quasi sempre ad una delle metà, e situato nello stesso lato occupato dalla neuralgia, eccettuato ne' casi in cui questo è doppio, perchè allora il dolore può occupare egualmente i due lati del collo. Il patema uterino non si accompagna ad alcun cambiamento del colorito, del calore, della consistenza, e del volume delle parti ammalate. Questo dolore è stato indicato dal Signor Bassereau; però questo medico distinto non à, secondo noi, interpretato bene i fatti quando l' à rannodato ad una metrite, malattia la quale, a suo tempo, provocherebbe la manifestazione di una neuralgia intercostale mediante lo intermedio

de' filetti del gran simpatico. Crediamo più conducente alla osservazione, dire col Signor Valcix che in questi casi esiste una nevralgia lombo-addominale, che à invaso una parte del plesso lombo-sacrale, e che il dolore vivo, circoscritto ad una metà del collo, altro non è che un *punto doloroso* come si osserva nelle altre nevralgie.

Torna impossibile, nello stato attuale della scienza, determinare quale sia il corso, la durata e l'esito della nevralgia lombo-addominale. Non sappiamo niente affatto delle cause speciali che possono determinarla.

Diagnosi. — La lombaggine è tra tutte le malattie dolorose, quella che potrebbesi più facilmente confondere colla nevralgia lombo-addominale. Però crediamo non esistere alcuna difficoltà reale a distinguere le due malattie; perchè, siccome vedremo in seguito, nella lombaggine, il dolore, moderato o negativo nel riposo, e vivo ne' movimenti del tronco, ed occupa manifestamente le masse muscolari e la region lombare. Se la pressione che si esercita su queste è dolorosa qualche volta, essa non lo è allo stesso grado che nella nevralgia, e specialmente non è disseminata a punti. Mediante un'attenta esplorazione degli organi genitali si perverrà a conoscere se i dolori ipogastrici che una donna accusa dipendono da una nevralgia de' rami anteriori de' nervi lombali o da una malattia dell'utero.

Cura. — I vescicanti, impiegati, siccome abbiamo detto precedentemente, trattando della nevralgia intercostale, sembrano ancora il mezzo che bisogna preferire nella cura della nevralgia lombo addominale.

DELLA NEURALGIA DEL TESTICOLO O ILEO-SCROTALE

Sotto i nomi di *nevralgia del testicolo* di *nevralgia ileo-scrotale* (Chaussier) d' *irritabile testes* (Ast. Cooper), si è descritta una malattia caratterizzata da un dolore più spesso senza alcun cambiamento distinto nella tessitura ed il volume dell'organo.

Sintomi, corso. — La malattia può svilupparsi bruscamente; il più delle volte però à i prodromi, come peso nel testicolo, mal'essere lungo il cordone ed all'ipogastrio. Dopo un tempo più o meno lungo, la malattia si caratterizza; gli ammalati provano allora nel testicolo un dolore vivo, lancinante trafittivo, che si propaga nel cordone, verso l'ipogastrio, al perineo, e qualche volta sino a' lombi. La pressione, i movimenti, il corso, esacerbano i patemi; gli ammalati, incapaci di darsi ad alcuna occupazione, guardano il decubito dorsale inclinati sul lato op-

posto all'organo affetto. Il testicolo conserva quasi il suo normale volume; la menoma pressione esercitata su di esso è intollerabile. Si conosce però che non è egualmente doloroso in tutte le sue parti, ma avvi un punto in cui la sensibilità anormale è più specialmente la sua sede.

Le principali funzioni non presentano, in questa malattia, alcun disturbo notabile, ad eccezione degli organi digestivi. In fatti esiste generalmente la costipazione, la inappetenza, e spesso gli ammalati provano, durante la violenza delle crisi, le nausea ed i vomiti.

La neuralgia di cui è parola è una di quelle che più snervano le forze; produce un abbattimento morale estremo, e molti ammalati reclamano la estirpazione del testicolo per porre un termine a' patemi divenuti insopportabili.

Nulla si conosce ancora di preciso sulla durata di questa malattia, che spesso sembra essere delle più ostinate. Il Signor professor Roux dice aver veduto gli ammalati che ne erano colpiti da otto o dieci anni.

Diagnosi. — La colica nefritica è quasi la sola malattia che potrebbe confondersi coll' *irritabile testis*: però nella prima, si osservano diversi disturbi nella escrezione e segregazione dell'urina. In fatti questo liquido segregato in minore abbondanza, la sua segregazione può essere anche affatto sospesa: è rosso sanguinolento, e porta via una maggiore o minor quantità di polvere, di sabbia, di renella, mentre che nella neuralgia l'urina non presenta altri cambiamenti che di essere ancora qualche volta più pallida. Aggiungiamo che nella colica nefritica, il testicolo è ritirato verso l'anello; se è doloroso alla pressione, non è però ad un alto grado; oltre a chè è sensibile quasi egualmente allo stesso punto. Il luogo il contrario nella neuralgia. In fine, nella prima, non si modificano affatto i patemi colla posizione orizzontale o coll'uso di un sosensorio.

Pronostico. — L' *irritabile testis* è una malattia grave, in ragione della persistenza de' dolori e della loro ostinazione.

Cause. — Nulla si conosce ancora delle cause predisponenti e determinanti di questa malattia.

Cura. — I salassi locali sono poco efficaci. I mezzi che sembrano essere riusciti in Inghilterra sono l'amministrazione dei narcotici internamente specialmente dell'oppio, della belladonna e del giusquiamo, medicamenti che si usano ancora sotto forma topica. Se la malattia resiste, bisogna consigliare d'irritare fortemente la pelle dell'inguine e dello scroto coll'acido piroligneo, la tintura di iodo, o anche meglio applicando un vescicante, che si medica con un sal di morfina. Ast. Cooper cominciava in generale la cura di questa malattia dando il calomelano e l'oppio sino a che le glandole salivari fossero leggermente affette e

tutte le segrezioni eccitate. Egli aggiungeva a questi medicamenti la decozione di salsapariglia: applicava un vescicante nell'inguine, e ne manteneva la suppurazione mediante l'unguento mercuriale ed il cerato di sabina misti in parti eguali: in fine faceva praticare sul testicolo le lavande evaporanti coll'alcool allungato, coll'etere, o col nitrato di potassa e l'idroclorato di ammoniaca. Quando il dolore resiste a tutti i mezzi indicati più sopra, non bisogna esitare di applicare la moxa sul tragitto del cordone spermatico. Alcuni ammalati reclamano ancora la estirpazione del testicolo; convien sapere però, e gli esempi citati in Inghilterra, nell'opera del Signor Curling, sulle malattie del testicolo, lo provano, che la castrazione non ha impedito i dolori di ricomparire, sia nell'altra parte dello scroto, sia nello stesso lato, sul tragitto del cordone spermatico. In quanto alla estirpazione del nervo, che pure è stata raccomandata, diremo, che per praticarla, bisognerebbe poter conoscere esattamente il nervo affetto; ora ciò è impossibile poter precisare nella maggior parte de' casi.

DELLA SCIATICA O NEURALGIA FEMERO-POPLITEA

Sinonimia. — Gotta sciatica; *ischias nervosa* di Cutugno. La sciatica è una neuralgia de' nervi di questo nome.

Storia. — Prestando fede ad alcuni eruditi, Ippocrate avrebbe avuto alcune nozioni sulla sciatica; ma le idee de' medici greci, latini ed arabi, erano estremamente vaghe; oltre a chè le loro descrizioni sembrano rapportarsi alla neuralgia femero-poplitea anzichè ad una malattia dell'anca. Se verso il secolo XVIII.º Cutugno non ha scoperto la malattia, ebbe almeno il merito di determinare la sede, descriverla con precisione, fissare la sua terapeutica, e distinguerla dalle malattie colle quali si confondeva spessissimo: sotto tutti questi rapporti Cutugno non ha lasciato che i suoi successori avessero a far altra cosa. Citeremo non pertanto, come degni di una speciale rimembranza, un lavoro del Signor Arloing (*journal general* de 1827); la memoria del Signor Martinet, e specialmente il libro del Signor Valleix, ove la storia della neuralgia sciatica è descritta in modo assai completo.

Anatomia patologica. — La sciatica, comunque antica essa sia, non si accompagna ad alcuna alterazione distinta nella tessitura del nervo. Cutugno dice però aver trovato in un caso che la parte superiore del nervo sciatico aveva un colorito giallastro, e che la sua guaina era infiltrata di siero. Però quest'alterazione non ha più alcuna importanza quando si sa che lo in-

individuo che la presentava è morto con una itterizia e con un edema delle membra inferiori. E' pur permesso, dice il Signor Valleix, di far sorgere alcuni dubbi sulla esattezza del fatto straordinario rapportato dal Cirillo, di un nervo sciatico il quale aumentato di volume di più di un terzo, avrebbe acquistato in oltre la forza e la densità di un tendine.

La mancanza di qualunque distinta lesione è dunque un carattere comune alla sciatica come alle altre nevralgie; però può accadere che nell'antopsia di un individuo che è stato tormentato da una sciatica, si trovi il nervo compresso ed atrofiato da un tumore qualunque, o pure il suo tessuto può essere invaso da una degenerazione scirrova, e finalmente, siccome Bichat, i signori Rousset e Peyrude lo hanno veduto ciascuno una volta, una parte del nervo può essere circondata e penetrata da vene varicose. Però tutte queste lesioni sono eccessivamente rare, e dimostrano che in alcuni casi eccezionali la sciatica può essere sintomatica.

Sintomi. — Di rado la sciatica si sviluppa bruscamente; in fatti la malattia si manifesta quasi sempre a gradi; gl'individui accusano un senso di peso, intorpidimento, freddo in uno de' membri inferiori. Dopo un tempo poi che varia da alcuni giorni sino a molte settimane, la malattia si dichiara. Il sintomo predominante quasi unico è il dolore; può essre per qualche tempo circoscritto alla ripiegua della natica, all'uscita del nervo sciatico; ma tosto si propaga nella coscia e su tutta l'estensione del membro addominale. Esso è continuo, sordo, contusivo; può essere accompagnato da un senso di freddo o di calore scottante, da pizzicori, da formicoli, ec.; di tempo in tempo poi, o per qualche movimento, o per effetto di uno sforzo ed anche di una respirazione alquanto profonda, questo dolore si esacerba; allora gli ammalati accusano stiramenti atroci, trafitture violenti che partono ora dalla parte inferiore del membro, ma il più delle volte seguono una direzione inversa. La pressione, che qualche volta è dolorosa su tutta le estensione del nervo, e per poco che si tocca la pelle, non lo è però il più delle volte che in alcuni punti isolati.

La estensione del dolore indica con precisione quella del nervo ammalato. Così certe fiate il nervo è doloroso dalla sua origine sino alla fine; altra volta, il dolore è limitato ad una parte del suo tragitto, come la coscia (sciatica crurale); la gamba (sciatica della gamba (il piede sciatica plantaria).

Nella sciatica, il membro addominale non offre alcuna modifica nel suo colorito e nella sua temperatura. La sensazione di freddo accusata da alcuni ammalati non è che un'aberrazione della sensibilità; però in alcuni casi, abbiamo osservato mediante la mano, una diminuzione notevole nella temperatura del mem-

bro. Succede anche di osservare spesso un'anestesia più o meno completa, specialmente sul dorso del piede.

Per poco che la sciatica sia acuta, lo ammalato è condannato al riposo, perchè, siccome lo abbiamo detto, i movimenti risvegliano i dolori trafittivi; questi si manifestano specialmente al momento in cui gli ammalati poggiano il piede in terra; però quasi tutti possono ancora muoversi nel loro letto senza molto soffrire; alcuni per lo contrario rimangono quasi immobili, coricati il più delle volte sul lato opposto, perchè il decubito sulla coscia affetta è qualche volta insopportabile. Quelli che possono camminare lo praticano con maggiore o minor pena e zoppicando. Il calore del letto non produce un effetto costante. Se quasi sempre reca sollievo, in alcuni casi sembra eccitare, ravvicinare le trafitture. Avvi pure degli individui i quali colpiti meno gravemente, non hanno che poche trafitture, ma solamente un dolore ottuso o confusivo; spesso provano molta difficoltà a muoversi; ma i movimenti divengono gradatamente più liberi, ed il dolore diminuisce, o finisce anche qualche volta, dopo che han camminato per qualche tempo. La nevralgia sciatica non si accompagna ordinariamente ad alcun disturbo notevole delle principali funzioni. Il polso rimane calmo, anche nella maggior violenza delle crisi.

Corso, durata, esiti. — Non avvi niente di regolare nel corso della sciatica. Questa malattia offre le migliori variazioni: in generale, si esacerba durante la notte, siccome avviene per la maggior parte delle malattie acute. I suoi parossismi non offrono alcuna regolarità nella loro durata e nel loro ritorno; si citano appena alcuni casi in cui il dolore sarebbe ritornato in modo intermittente. La sciatica può sparire rapidamente, ma mai in modo brusco; essa declina gradatamente, poi, dopo aver subito alcune piccole esacerbazioni, finisce completamente. La durata della malattia è talmente variabile da tornare impossibile di poter fissare una media. Se certe sciatiche si dissipano dopo alcuni giorni, altre si prolungano per anni intieri, dieci, quindici, venti e trent'anni. Comunemente durano almeno due settenari, e frequentemente quando sono violenti si prolungano per lo spazio di uno o molti mesi. Le sciatiche le quali hanno una durata soltanto effimera di uno o molti giorni non si osservano che nelle persone soggette a queste nevralgie erratiche che si sostituiscono ed alternano tra esse.

La sciatica, qualunque sia la sua violenza e la sua durata, non produce mai la morte: quando però si prolunga per molti anni, indebolisce finalmente la costituzione, turba le funzioni digestive, il che spiegasi per la continuazione de' patemi e la privazione dell'esercizio. Nelle sciatiche molto antiche, si veggono i muscoli del membro atrofarsi e la pelle perdere qualche volta

una parte della sua sensibilità. La sciatica recidiva frequentemente negli individui che ne sono stati colpiti una prima volta.

Diagnosi. — La sciatica è una malattia sempre di facile diagnosi. La esistenza di un dolore sordo, contusivo o trafittivo ed esacerbante a momenti, situato sul tragitto del nervo sciatico, dolore del quale lo ammalato determina la direzione tanto esattamente per quanto lo farebbe il migliore anatomico, come pure la presenza di punti dolorosi, isolati e disseminati, faranno facilmente distinguere la malattia da un reuma dell'anca, il quale si accompagna a gonfiamento, a dolore vivo limitato all'articolazione, la quale è incapace di eseguire alcun movimento. La coxalgia si distinguerà facilmente dalla sciatica, perchè nella prima il dolore occupa l'anca; se questo dolore affetta simultaneamente il ginocchio, non si trova su questa parte alcun punto doloroso sotto la pressione; tosto il membro si allunga, poi si raccorcia subito che la lussazione è luogo. Aggiungiamo in fine che ad un'epoca anche vicina allo sviluppo, si osserva un gonfiamento della natica, e più tardi gli ascessi e le fistole, accidenti che non si osservano mai nella sciatica. Alcune malattie della midolla annunziandosi con crampi, formicoli, dolore nelle gambe e nelle cosce, in questi casi si è creduto che esistesse una sciatica semplice. Ma la paralisi che progredisce continuamente, e che spesso invade pure la vescica ed il retto, e determina la evacuazione involontaria o la ritenzione dell'urina e delle materie fecali, illuminerà il medico sulla natura della malattia. Aggiungiamo che la sciatica doppia è rara eccessivamente; essa lo è tanto, che quando esiste in un individuo, bisogna temere che la malattia sia sintomatica di un' affezione della midolla. Quando la sciatica si prolunga, bisogna ricercare se dipende da alcune delle malattie delle quali faremo parola fra breve. Per ciò si osserverà accuratamente il tragitto del nervo, affin di scoprire se sia la sede di qualche degenerazione. Si palpeggerà il ventre, s'introdurrà il dito nella vagina e nel retto, per assicurarsi che il cavo delle pelvi non contiene alcun tumore, il quale comprimendo il nervo sciatico, potrebbe ocasionare la malattia.

Pronostico. — La sciatica non offre alcuna gravezza quando è recente; essa è incomoda solo perchè non possiamo mettere a calcolo la sua durata, e perchè va soggetta alle recidive. Se la malattia si prolunga per alcuni anni malgrado le cure razionali, se si accompagna specialmente a paralisi, bisogna sperare appena un ristabilimento.

Etiologia. — La sciatica è la più frequente delle nevralgie. Il Signor Vallex però non la piazza, sotto il rapporto della sua frequenza, che dopo quella de' nervi intercostali.

La malattia è quasi tanto costante a destra che a sinistra, è più comune sensibilmente nell'uomo che nella donna. E' quasi

sconosciuta prima della pubertà , ed il Signor Valleix à stabilito che essa si ripartiva in modo quasi eguale ne' periodi di dieci anni compresi tra venti e sessanta. Tutte le costituzioni, tutti i temperamenti vi sono quasi egualmente predisposti. Tra tutte le condizioni igieniche , l'abitazione di un luogo umido e freddo è la sola la cui influenza sia ben dimostrata. Questa circostanza esisteva nella metà degli ammalati de' quali le osservazioni sono state analizzate dal Signor Valleix. Il più delle volte la sciatica à uno sviluppo spontaneo , e ne' casi in cui à esistito una causa occasionale , è quasi sempre il freddo ; specialmente il freddo umido , sia che questo agisca su tutto il corpo , sia che abbia solamente portato la sua azione sulla coscia , come quando gl' individui si sono coricati sull'erba o sulla umida terra. Da quel che precede si spiega perchè la malattia è più frequente ne' mesi più freddi dell'anno. La malattia è venuta in seguito qualche volta ad una contusione ; però non è dimostrato che diverse cause indicate dagli autori , come certe metastasi , la soppressione del flusso emorroidale , ed il virus venereo , abbiano mai prodotto lo stesso effetto. Abbiám detto che la sciatica poteva essere qualche volta sintomatica. Questa forma è più comune nella donna che nell'uomo. La prima vi è più soggetta , in ragione delle sue gravidanze , degli spostamenti dell'utero , e degli altri tumori del cavo delle pelvi , i quali comprimendo il nervo , divengono così la causa di nevralgie ostinatissime.

Cura. — Quando la sciatica è poco intensa , e non impedisce lo ammalato di muoversi , bisogna limitarsi a consigliare l'uso di un linimento volatile (olio , 30 gramme ; ammoniac , 4) ; o pure si arrossisce la pelle della parte superiore della coscia con un sinapismo. Si danno alcuni bagni semplici , o pure i bagni e le docciature a vapore , e si copre il membro colla flanella.

Se la sciatica è più intensa , e se esistono specialmente affitture violenti e prolungate , bisogna applicare alcune sanguisughe , o mettere le coppe a vento su i punti più dolorosi ; si prescrive nello stesso tempo un linimento narcotico , e si amministra internamente una bevanda sudorifera , e la sera una piccola quantità di oppio , per procurare il riposo. Questi mezzi però recano sollievo qualche volta , ma non guariscono quasi mai gli ammalati. Così conviene di non insistere su di essi. Per poco che la sciatica si renda restia , bisognerà tosto attaccarla col medicamento , il quale riesce meglio in questo genere di malattia , come vien provato dal Cutugno, intendo parlare del vescicante.

Il vescicante sarà collocato sul punto più doloroso ; se l'indomani dell'applicazione il dolore continua in alcuni altri punti

bisognerà perseguitarlo nello stesso modo. Quindi è che nelle sciatiche intense si possono mettere simultaneamente o a brevi intervalli, un vescicante nella ripiegatura della natica all'uscita del nervo dal bacino, un altro sulla testa del peroneo, alla parte esterna del polpaccio, sul malleolo esterno e sul dorso del piede, punti che Cutugno aveva come luoghi di predilezione. La condotta ulteriore del medico varierà secondo gli effetti ottenuti. Se il dolore è cessato, il vescicante sarà volante; nel caso contrario, si prolungherà la suppurazione per alcuni giorni colla pomata epispastica. La superficie delle piaghe si potrà pure aspergere con una piccola quantità di sal di morfina, siccome lo abbiamo consigliato per le altre nevralgie. Per trionfare del male, fa d'uopo ritornar molte volte di seguito all'applicazione del vescicante, sia nello stesso punto sia ne' punti vicini. Quando la malattia resiste, si è ricorso a' mezzi più violenti, come l'applicazione delle moxa sopra i punti più dolorosi; altri preferiscono la cauterizzazione trascorrente disseminata su i principali punti del dolore; questo mezzo sembra essere stato utile alcune volte nelle mani abili del Signor Jobert.

Alcuni medicamenti possono essere prescritti con vantaggio internamente; tale è l'oppio, piuttosto come mezzo palliativo che curativo. Non però così della chinachina e specialmente del solfato di chinina, il quale potrebbe per se solo trionfare della malattia, siccome ciò si è presentato alla osservazione di Cutugno, se il dolore sarà periodico. Le bevande sudorifere che si prescrivono sono mezzi adiuvanti, ma non posseggono una grande efficacia.

Cheyne e F. Home, in Inghilterra, i signori Recamier e Martinet, in Francia, hanno vantato contro la sciatica l'uso interno dell'olio di trementina; in fatti questo medicamento sembra essere stato utile in un certo numero di casi; ma siccome à l'inconveniente di turbare le funzioni digestive, siccome à determinato gravi accidenti, e ciò è stato dimostrato dal Signor Reveillé-Parise, bisogna non ricorrere che con prudenza e quando gli altri medicamenti han fallito (12 gram. in un bolo; prenderne tre o quattro cucchiaini nel corso del giorno; o pure si dà sotto forma di elettuario).

Qualunque sia la cura a seguirsi, bisogna che gli ammalati siano posti nelle buone condizioni igieniche: si preserveranno specialmente dal freddo umido e dalle variazioni atmosferiche, faranno uso di un calzone di flanella, e si manterrà il ventre lubrico mediante i clisteri o i blandi purganti dati di tempo in tempo.

I soli mezzi profilattici consistono ad evitare il freddo e l'umido. Gli ammalati eviteranno l'umido a' piedi; si asterranno

di sedersi per terra o sopra banchi di pietra, e faranno in modo che il loro letto non sia vicino ad una porta o appoggiato ad un muro umido.

DELLA NEURALGIA CRURALE

La neuralgia del nervo crurale è una delle più rare e delle meno conosciute; esistono appena alcune osservazioni nella scienza; questa è quella che Cutugno ha brevemente descritta sotto i nomi d' *ischias nervosa antica*. Chaussier la chiamava *neuralgia femoro-pretibiale*.

La neuralgia crurale è caratterizzata da un dolore che dalla piegatura dell'inguine si estende alla faccia anteriore della coscia, sopra il punto laterale della gamba, al malleolo interno, alla faccia sotto-plantaria del piede, e specialmente alle numerose divisioni del ramo tibio-cutaneo (Chaussier). Il dolore presenta gli stessi caratteri delle altre neuralgie. Il Signor Valleix ha pure conosciuto diversi punti dolorosi disseminati e circoscritti che corrispondevano a punti ove il nervo diviene superficiale e manda i rami cutanei.

Secondo Chaussier, la neuralgia crurale sarebbe più curabile della sciatica. Richiede la stessa cura di questa. Il Signor Martinet dice aver ottenuto buoni effetti, specialmente coll' amministrazione dell'olio di trementina.

DELL' ANGINA DI PETTO

Sinonimia. — Sternalgia; *sternodia sincopalit*; neuralgia del cuore.

L'angina del petto è una malattia apiretica, che ritorna ad accessi caratterizzati da un dolore vivo, trafittivo, che a sede alla parte inferiore dello sterno, si propaga verso il collo, spesso nel braccio sinistro, si accompagna ad un grande incomodo della respirazione, e da un senso di costrizione ed inespri-
mibile angoscia.

Storia. — In moltissimi autori si trova la storia degli ammalati che erano evidentemente colpiti da angina di petto; uno de' più belli esempi è rapportato nella ventesimasesta lettera del Morgagni (§ 31); però a quest'epoca la malattia non aveva potuto essere isolata nè classificata, e solamente verso il 1768 l'angina di petto fu indicata come una malattia distinta in una let-

tera scritta a Lorry da un medico di Besançon chiamato Rougnon. Però quattro anni dopo solamente (1772 Heberden diede all'angina di petto il nome che porta oggi: egli diede nelle *Transactions médicales* una assai completa descrizione e provocò alcuni lavori di molti suoi contemporanei, come Wall (1772), Fothergill (1773) Hamilton (1783) e di molti altri. Dopo il cominciamento di questo secolo, diverse ricerche sono state intraprese su questa malattia in Inghilterra da Parry (1806), ed ultimamente da Forbes; in Italia da Brera (1810); in Alemagna da Wichman; in Francia, dal Signor Carron, le cui ricerche si trovano nel *journal général* (1811), da Baumes, il quale à pubblicato nel 1808 due memorie negli *Annales de la Société de médecine de Montpellier*. In fine tre autori hanno pubblicato ciascuno, una monografia sull'angina di petto, il Signor Desportes nel 1811, Jurine nel 1815, il Signor Lartigue nel 1846.

Anatomia patologica. — L'angina di petto non à alcun carattere anatomico. Però la maggior parte degli autori, i medici inglesi spcialmente, hanno sostenuto la opinione contraria, ed hanno preteso rannodare la malattia a diverse alterazioni degli organi pettorali o delle pareti toraciche. Così le ossificazioni delle cartilagini costali, l'aumento di adipe del cuore, la ipertrofia di questo viscere, le ossificazioni delle arterie cardiache e delle valvole, i dilatamenti aneurismatici dell'aorta, l'aortite, i versamenti della pleura e del pericardio, e sino alle affezioni organiche del fegato, specialmente la ipertrofia; sono stati considerati come la ragione anatomica dell'angina di petto; però una simile dottrina è inamissibile a' giorni nostri, e non saprebbe d'ora in poi vedere nelle lesioni che abbiamo indicate che una semplice coincidenza, che complicazioni; perchè da una parte l'angina di petto può esistere ed esiste nel fatto il più delle volte senza di esse; e dall'altra si osservano sempre le une o le altre di queste lesioni, senza che gl'individui abbiano presentato durante la vita nessuno de'sintomi della malattia.

Sintomi, corso. — L'angina di petto in generale sviluppa bruscamente in mezzo a tutte le apparenze della salute. Lo individuo sorpreso dalla stessa durante il cammino si ferma ad un tratto, perchè minacciato da soffogazione e da sincope. Prova un dolore costrittivo e lacerante, situato quasi sempre alla parte inferiore e laterale sinistra dello sterno, lungo una linea che si estenderebbe da una mammella all'altra (Fothergill); non aumenta nè colla pressione nè co' movimenti del braccio, nè colle profonde inspirazioni. Il dolore sembra attraversare il petto da una parte all'altra e da avanti in dietro; si propaga spesso al braccio sinistro, quasi mai al braccio destro, e nell'uno e nell'altro caso, seguendo sempre la direzione del nervo cubitale sino al gomito, e qualche volta sino alle dita. In molti ammalati, il do-

lore si propaga ancora ne' filetti del plesso cervicale superficiale, sulla parte laterale del collo, ed anche in verso la mascella inferiore e l'orecchio: in questi casi però, gl'individui provano verso il collo un intorpidimento penoso anzichè una sofferenza acuta. In alcuni, specialmente nelle donne, i rami toracici anteriori essendo affetti nello stesso tempo, ne risulta un vivo esaltamento di sensibilità nella mammella e ne' tegumenti che la rivestono: in fine il dolore può diffondersi ancora verso lo epigastrio alla parte inferiore del ventre o qualche volta nelle quattro membra ad un tempo. Di rado però occupa simultaneamente tutte le regioni che abbiamo indicate. Per lo più il dolore si propaga solamente dalla parte laterale del petto verso il membro superiore corrispondente o verso alcuni punti del tronco: in alcuni casi rari, sviluppassi in queste ultime parti, e si estende rapidamente al torace. Heberden, Jurine ed altri citano di simili esempi.

Durante la violenza della crisi gli ammalati provano un senso di costringimento e d'inesprimibile angoscia: si trovano in uno stato d'imminente soffogazione. La faccia è pallida, colpita da terrore; la superficie del corpo è fredda e bagnata da un sudor vischioso. Alcuni anno lipotimie ed anche sincopi. In mezzo di uno stato sì grave, gli ammalati credono ad una prossima fine, le loro forze sono estinte; il polso, che Heberden, descrive come normale, è quasi sempre piccolo, debole, qualche volta intermittente o irregolare; di rado però esistono le palpitazioni; la respirazione è un poco più accelerata del solito. Però Jurine non l'ha mai veduta oltrepassare 36 inspirazioni per ciascun minuto in quattro delle sue osservazioni: la sua frequenza non è dunque in rapporto co'disturbi profondi che si osservano, nè coll'ansietà degli ammalati; oltre a chè quasi tutti possono ancora respirare profondamente senza che il dolore vi rechi ostacolo. In contrario a ciò che osservasi negli asmatici, gl'individui colpiti da angina di petto non affettano alcuna posizione speciale; la loro attitudine, imposta piuttosto dal dolore anzichè dalla dispnea, varia; gli uni rimangono immobili temendo il menomo movimento, mentre gli altri rovesciano il tronco in dietro o in avanti, ec.

Quando il parossismo deve finire, i dolori si calmano a poco a poco come del pari il costringimento toracico e l'angoscia che li accompagnano. In alcuni la fine dello accesso è marcato da vomiti e da rutti gassosi. Dopo alcuni istanti tutti i sintomi gravi cessano; gli ammalati altro non provano che una estrema stanchezza ed un senso d'intorpidimento, di spezzamento anzichè dolore nel petto e nel braccio.

Gli accessi non offrono sempre la stessa fisionomia, la stessa intensità, nè la stessa durata. Così negli uni, è il dolore che

domina; in altri sono le sincopi e la risoluzione delle forze. Si comprende in oltre che, quando l'angina si complica ad una malattia organica del cuore o de' grossi vasi, debbono esistere de' sintomi in rapporto con queste alterazioni. In questi casi specialmente la dispnea è intensa, il polso piccolo, ineguale, ed esistono palpitazioni. I primi accessi sono in generale poco intensi, e cessano dopo alcuni minuti o alcuni secondi. Malgrado però questa benignità, gli ammalati conservano una grande oppressione, ed hanno la coscienza che non avrebbero potuto resistere allo attaccò, per poco che si fosse prolungato. Dopo un intervallo di tempo che varia da alcune ore sino a molti anni gli stessi accidenti si riproducono; più le crisi si rinnovellano, più sono intense e di lunga durata: così si veggono durare una mezz'ora, una o molte ore ed anche molti giorni, siccome Heberden ne riporta un esempio. Quando però lo accesso si prolunga anche per una o molte ore, bisogna sempre che una remissione abbia luogo, perchè non si può pensare che la vita potesse continuare sì lungo tempo in mezzo a sofferenze o angosce sì vive quanto quelle che gli ammalati soffrono nel colmo dello accesso. Le crisi hanno luogo spesso spontaneamente, il giorno come la notte; in quest' ultimo caso, è quasi sempre dopo il primo sonno, cioè quasi alla stessa ora. Sono pure provocate da uno sforzo, da un movimento brusco, dalla equitazione, dalle scosse di una vettura, da una emozione viva, ec. Quando gli accessi sono molto ravvicinati, gli ammalati conservano quasi tutti ne' loro intervalli uno stato di mal' essere in tutto il petto; spesso non possono allora fare alcuni passi senza arrestarsi, avvertiti da qualche sensazione dolorosa verso la parte inferiore del petto, che se continuassero, un novello accesso avrebbe luogo senza fallo. Se le crisi sono molto lontane le une dalle altre; se gli ammalati non portano alcuna lesione organica de' polmoni, del cuore o de' grossi vasi, si veggono ristabiliti prontamente e completamente, senza provare alcun incomodo nella respirazione nè alcun disturbo manifesto negli organi della circolazione. Nell'angina di petto, gli ammalati conservano la integrità delle diverse funzioni ed anche la loro grassezza, anche ne' casi in cui gli accessi sono vicinissimi.

Durata, esiti. — L'angina di petto dura indeterminatamente. Avvi di certi individui i quali, dopo aver sofferto uno o molti accessi, non ne hanno più sofferto; nella maggior parte però, questi accessi si rinnovellano a variabili intervalli, e finiscono per uccidere gli ammalati.

In fatti la morte è l'esito più ordinario della malattia, essa ha luogo quasi sempre di botto, in modo fulminante, sia nel più forte dello accesso, sia nello sviluppo. Quindi è che molti individui fermandosi ad un tratto mentre camminano, siccome sor-

presi dallo accesso, cadono tosto irrigiditi morti, senza che l'autopsia facesse scovrire alcuna lesione che potesse spiegare una fine così rapida. Su 64 ammalati de' quali le osservazioni sono state analizzate da J Forbos, 49 sono morti di subito.

Alcuni autori, e Jurine in particolare, pensano che rinnovandosi e ravvicinandosi, gli accessi possono in fine produrre qualche lesione grave nel cuore ne' grossi vasi; però questa opinione, emessa *a priori*, non mi sembra essere stata peranco sanzionata dalla osservazione. Quando la guarigione deve aver luogo gli accessi diminuiscono d' intensità e si allontanano vieppiù.

Diagnosi. — Un violento dolore, costrittivo che si affaccia quasi sempre bruscamente, che dalla parte inferiore e sinistra dello sterno si propaga verso diversi punti del tronco e spesso lungo il braccio dello stesso lato; un dolore di questa natura, il quale si accompagna ad una grande ansietà, ad un' angoscia delle più penose, che dà allo ammalato la idea di un prossimo fine, che si dissipa dopo pochi minuti, e generalmente dopo un quarto di ora o mezz' ora, non può caratterizzare alcun' altra malattia se non l' angina di petto. Le malattie de' polmoni, i versamenti bondanti nel pericardio e nelle pleuri, le malattie organiche del cuore e gli aneurismi dell' aorta, determinano ancora gli accessi di oppressione, una sollogazione imminente e le sincope; però nelle malattie di cui è parola non esistono que' dolori vivi, costrittivi, con diffusione verso il braccio sinistro, che caratterizzano l' angina di petto. In tutti i casi avvi un' estremo ostacolo della respirazione, anelito e gli ammalati non possono eseguire profonde inspirazioni; il contrario a luogo nell' angina di petto. Notiamo pure che gli ammalati sono obbligati di guardare certe attitudini; che quasi tutti sono in una posizione semi assisa, e non possono prenderne un' altra senza essere minacciata da asfissia. Insisto poco su i risultati forniti dalla percussione e dall' ascoltazione, atteso che non è raro trovarsi nell' angina di petto de' segni fisici di un' alterazione organica ne' visceri del petto. La nevralgia intercostale avrebbe piuttosto qualche debole somiglianza coll' angina di petto, perchè esiste in questa malattia un dolore vivo, trafittivo, che a sede il più delle volte al lato sinistro del torace; ma questo dolore, nella nevralgia di cui è parola, non si diffonde verso il braccio; comunque vivo esso sia, non si accompagna ad alcun' angoscia; quantunque esacerbante, non si mostra ad accessi così distinti quanto quelli che caratterizzano l' angina di petto. In questa, la pressione delle pareti toraciche non risveglia alcun dolore; bisogna però esser prevenuto che l' angina del petto si accompagna qualche volta alla nevralgia de' nervi intercostali e de' filetti del plesso cervicale superficiale.

Pronostico. — L'angina di petto è una malattia estremamente grave, però curabile. Si potrà sperare un esito felice se gli accessi sono poco intensi, se si mostrano a lunghi intervalli, e se la malattia, non essendo ligata ad alcun' affezione organica, colpisce un individuo ben costituito. Però anche in questi casi il pronostico sarà sempre riserbato; perchè si veggono disgraziatamente alcuni casi in cui gl' individui, morendo bruscamente, ingannano tutto le prevegenze dell' uomo dell' arte.

Etiologia. — John Forbes à dimostrato che la malattia era molto più comune negl' uomini che nelle donne, poichè sur 88 ammalati, à contanto 80 uomini ed 8 donne soltanto. Sebbene sia stata osservata quasi in tutte le età, anche nella infanzia, siccome Hamilton ne riporta un esempio, si può però stabilire che l' angina di petto è rara prima de' cinquant' anni poichè, sur 84 individui le osservazioni de' quali sono state analizzate da Forbes, 72 avevano passato questa età. La malattia sembra, in alcuni casi, ereditaria; è cose frequente vedere molti individui di una stessa famiglia colpiti dalla malattia: io stesso o veduto due fratelli che ne erano colpiti esattamente alla stessa età. Si suppone che i climi umidi e freddi favoriscono lo sviluppo della malattia; però ignoriamo affatto la influenza che esercitano il temperamento, la costituzione e le diverse condizioni igieniche. Tutto quel che si è detto su di ciò non è per anco provato. Però sembra che, al pari delle altre nevrosi, l' angina di petto colpirebbe più spesso le persone della classe ricca o comoda, anzichè gl' individui poveri. In fatti la malattia è rara negli ospedali.

Cura. — La cura dell' angina di petto comprende i mezzi impiegati per arrestare gli accessi e quelli destinati a prevenirne il ritorno.

Quando si è presente ad un accesso di angina di petto, non cape in mente come uomini sperimentati abbiano consigliate il salasso. Intanto Laënnec voleva che si tirasse sangue durante l' attacco, quando l' oppressione era forte e quando l' ammalato era pletorico: lo stesso Parry non credeva che la piccolezza del polso, il pallore della pelle ed il raffreddamento generale controindicassero il salasso. Affrettiamoci però di dirlo che questa pratica antirazionale è biasimata generalmente, e non si potrebbe praticare senza esporre gli ammalati a' più gravi pericoli. La esperienza non per anco si è pronunziata sulla utilità de' vomitivi, consigliati da Perceval, durante la violenza della crisi, a titolo di mezzi perturbatori.

Durante gli accessi, quando il polso è insensibile e la pelle fredda, convengono i cataplasmi sinapati ambulanti sulle estremità, e la frizione blanda sulla parete toracica col laudano, o lo eccitamento delle membra con un linimento ammoniacale:

nello stesso tempo si amministra internamente una preparazione calmante antispasmodica. L'etere, il liquore di Hoffmann, l'acqua di lauro reggio e specialmente l'oppio, sono i medicamenti dei quali bisogna far molto uso. Heberden preferiva la tintura tebaica, alla dose di 25 gocce in una pozione, e la univa ad una eguale quantità di vino antimoniale; però questa miscela non sembra avere una grande utilità. Molti ammalati vomitando o facendo sforzi per vomitare, altri durando gran pena per inghiottire, è preferibile introdurre l'oppio sotto forma di clistere. In questo caso si prescriverà il laudano liquido di Sydenham, alla dose di 16 a 20 gocce, e se dopo una mezz'ora il medicamento non avrà prodotto alcun effetto, bisognerebbe reiterarne la dose.

Quando è biasimato i salassi, è inteso parlare specialmente de' generali; non però intendo dire lo stesso de' locali, soprattutto delle coppe scarificate, le quali, applicate sul torace durante la violenza de' dolori, hanno spesso calmato le sofferenze, specialmente nell'individui pletorici. In questi si dovrebbe anche eccezionalmente, aprire la vena del braccio, se lo stato del polso lo indicasse. Quando l'eccesso si prolunga non ostante la serie de' precedenti mezzi, bisognerà applicare un largo vescicante sullo sterno.

Nello scopo di prevenire gli accessi, sono stati consigliati molti mezzi quasi tutti di poca utilità provati; tali sono specialmente i sudoriferi, come la salsa, il guaico e la polvere di Dover; l'acido fosforico, gli antimoniali, i purganti ripetuti; i tonici, come la china-china; gli esutori applicati lungi dalle sede del male, ec. Tra gli agenti terapeutici che hanno un effetto meno incerto de' precedenti, citeremo in primo luogo i narcotici e gli antispasmodici, tra i quali si sceglie l'oppio, il giusquiamo, la belladonna, l'assafetida, il muschio, la canfora, la valeriana, gli eteri. Quando la malattia si ripete periodicamente, il ché a luogo specialmente quando gli accessi si manifestano durante la notte, bisognerà amministrare il solfato di chinina solo, o unito all'oppio, che lo ammalato prenderà da otto a dodici ore prima il probabile sviluppo della crisi. Con questo mezzo è guarito otto anni sono un' angina di petto che non si è più rinnovata.

La riproduzione degli accessi sono stati impediti o almeno allontanati di molto, mantenendo per lungo tempo un esutorio sul petto, o provocando di tempo in tempo delle eruzioni pustolose colle frizioni di olio di croton o colla pomata di Autenrieth. Laënnec ha raccomandato specialmente contro l'angina del petto l'applicazione sul torace di due piastre calamitate della spessezza di una linea, alquanto ovali, e leggermente curve sul piano per accomodarsi alla forma delle pareti. Ne piazzava

una sulla ragione precordiale sinistra e l'altra sulla parte opposta del dorso, in modo che i poli fossero esattamente opposti. Laënnec non considerava questo mezzo come infallibile; però dice con asseveranza essergli riuscito più di qualunque altro mezzo per diminuire le angosce degli ammalati ed allontanarne il ritorno. Quando l'applicazione della calamita produce poco sollievo, se ne ottiene di più applicando un vescicante sotto la piastra anteriore (Laënnec). Tra i mezzi impiegati contro l'angina di petto, non dobbiamo dimenticare i bagni, che saranno tiepidi in inverno, e freschi in està. In questa ultima stagione saranno utili spesso i bagni di mare.

Per completare la cura, gli ammalati saranno sottoposti ad un regime severo; faranno un esercizio moderato, e si allontanerà da essi tutto ciò che potrebbe eccitare il sistema nervoso.

Natura, sede. — L'angina di petto, pel suo brusco sviluppo, i suoi ritorni sotto forma di accessi, per la sua intermittenza e la mancanza di qualunque costante lesione, deve appartenere necessariamente alla classe delle nevrosi: oltre a ciò questa è la opinione adottata dalla maggior parte degli autori. Il dolore essendo il carattere dominante, questo dolore qualche volta trafittivo, che si propaga spessissimo seguendo la direzione conosciuta di diversi cordoni nervosi, torna impossibile non raunodarla alle nevralgie. E una opinione che Fothergill e Baumes hanno vagamente data, o che poi fu sviluppata per la prima volta, con gran talento, dal dottor Desportes. Torna poi molto difficile poter assegnare alla malattia la sua sede precisa, e determinare quali sono i nervi primitivamente affetti; secondo Laënnec, non sarebbero sempre gli stessi, il nervo pneumo gastrico, i filetti cardiaci del gran simpatico potendo essere affetti isolatamente; ma torna impossibile dare precisione alcuna a questo riguardo. Considerando la gravità degli accidenti, non è permesso dubitare che nell'angina di petto la nevralgia non occupi i nervi cardiaci. Se si obietta che il polso non presenta ordinariamente durante l'accesso nè intermittenza nè irregolarità, risponderemo che ciò non indebolisce la nostra opinione, perchè abbiain veduto che la nevralgia degli altri cordoni nervosi non aveva per effetto costante e nè anche ordinario di eccitare la contrazione convulsiva de' muscoli a quali si distribuiscono. I dolori ne' nervi toracici, ne' rami che emanano dal plesso cervicale, brachiale, ed anche lombare e sacro, non sono che accidenti, irradiazioni della malattia al di là della sua sede primitiva, mediante le anastomosi. Dunque non saprò ammettere, col Signor Piorry, che l'angina di petto sia solamente una nevralgia de' nervi toracici, di quelli del plesso brachiale e del nervo cubitale. Ripetiamo ancora dando termine che la malattia di cui è parola non è essenzialmente ligata ad alcu-

na lesione organica, sia del cuore, sia di qualunque altro organo: queste alterazioni, quando esistono, debbono considerarsi come complicazioni che rendono la malattia quasi incurabile.

DELLE NEURALGIE DEL POLMONE

Laënnec dice non esser cosa rara osservare individui, i quali, senza presentare alcun segno fisico o altro di una malattia organica qualunque del polmone, e spesso una florida salute, provano nello interno del petto dolori vivi, passeggeri o di lunga durata, continui o intermittenti, fissi o mobili, circoscritti o estesi, che si propagano qualche volta seguendo il tragitto de' nervi intercostali, de' toracici anteriori, del plesso brachiale e de' rami che ne nascono. Spessissimo, soggiunge Laënnec, questi dolori si fissano profondamente tra la colonna spinale e l'omoplata, e si propagano in modo a far credere che essi hanno sede nel gran simpatico; possono essere persistenti, perchè Laënnec è stato consultato da infermi i quali si lagnavano da molti anni.

I mezzi che meglio sono riusciti a Laënnec contro queste malattie dolorose del petto sono le frizioni mercuriali, e specialmente quelle fatte sopra una parte qualunque del corpo, che si varia ciascuna volta col sublimato o col calomelano, dalla dose di 20 a 45 centigramme in 2 gramme di sugna. Egli à impiegato altra volta la trementina, le piastre calamitate, ed i vescicanti.

Facciamo osservare dando termine che nessuno di questi mezzi possiede una efficacia ben dimostrata; che d'altronde, Laënnec à dubitato sulla esistenza delle neuralgie polmonali, che perciò tutto porta a pensare ch' egli à preso per tali una semplice neuralgia intercostale.

DELLA GASTRALGIA

Sinonimia. — Gastralgia, gastrodinia, cardialgia, colica di stomaco, crampo di stomaco, cc. Le parole gastralgia e cardialgia non sono mica sinonimi nel linguaggio di alcuni autori, i quali impiegano questa per indicare un dolore gastralgico con *mancomento*, mentre che la prima esprime per essi un dolore con un senso di pressione, ma senza mancomento.

La gastralgia è una neuralgia dello stomaco; essa è spesso caratterizzata da un dolore vivo, esacerbante, che à sede allo epigastrio, ma che si diffonde il più delle volte alle parti vicine, e si accompagna ad un senso di mal'essere di ansietà delle più penose, come pure a diversi disturbi funzionali degli organi di-

gestivi. Il Signor Barras ed alcuni altri medici hanno proposto di fare della *gastralgia* un termine collettivo che serve ad indicare tutte le nevrosi dello stomaco. Ma noi crediamo non essere autorizzati a confondere sotto una stessa denominazione malattie le quali, benchè identiche per la natura si presentano non di meno con sintomi differentissimi, e richiedono una special terapeutica. In fatti quale parità avvi tra una nevrosi dello stomaco che offre per carattere dominante e quasi unico un dolore vivo, atroce, siccome si osserva nella *gastralgia*, e queste altre nevrosi dello stesso viscere, caratterizzate, le une da vomiti continui, altre da lentezza delle digestioni o inappetenza, o per lo contrario da un appetito vorace, ec? Non si potrebbero certamente confondere in una descrizione comune malattie così dissimili per i loro caratteri esterni; è contro la ragione specialmente voler loro imporre un nome comune, quello di *gastralgia* che deve sempre risvegliare allo spirito la idea di un dolore vivo. Ci occuperemo dunque ne' paragrafi seguenti solamente della *neuralgia* dello stomaco, riserbandoci di far conoscere quali sono le altre nevrosi speciali a questo viscere.

Storia. — Alcune indicazioni sulle *gastralgie* possono trovarsi ne' libri più antichi, anche in quelli d'Ippocrate e di Galieno; ma si potrà essere convinti che queste nozioni erano molto vaghe. Oltre a chè per moltissimo tempo i medici, non han saputo separare la *gastralgia* dalle altre nevrosi. I tratti propri di questa *neuralgia* si conoscono specialmente nelle descrizioni che gli antichi ci hanno lasciate delle malattie vaporose, dello isterismo e della ipocondria. Però dopo il secolo XVII^o la *gastralgia* ha occupato un posto importante e distinto nel trattato di medicina, ove è stata descritta sotto i nomi di *cardialgia* o di *gastrodinia*. Essa è stata l'oggetto di speciali ricerche per parte di Wilrich (1679), di Stahl (1731), di F. Hoffmann e di Trnka, il quale alla fine dell'ultimo secolo pubblicò sulla *gastralgia* una monografia molto stimata, e distinta, come tutti gli scritti di questo medico, per una grande erudizione. La dottrina fisiologica, confondendo le nevrosi gastriche colle infiammazioni, aveva fatto retrocedere la scienza ed aveva impresso alla terapeutica di queste malattie la più pericolosa direzione; felicemente però furono i medici ricondotti ad idee più giuste da tre distinti professori Johnson, Schmidtman e Barras, i quali pubblicarono, a poca distanza gli uni dagli altri, tre monografie importanti sulle *gastralgie*; il primo in Inghilterra, il secondo in Alemagna il terzo in Francia.

Sintomi, corso. — Nella *gastralgia*, esiste costantemente un dolore vivo, spesso di una estrema violenza; alcuni ammalati lo paragonano ad una morsicatura; ad altri sembra che lo stomaco, disteso viepiù, finalmente si laceri; o pure è un senso di

pressione, di costrizione, come se una mano di ferro o un morso tendesse ad applicare lo epigastrio alla colonna vertebrale. Queste differenti sensazioni possono conservare lo stesso carattere per tutta la durata della malattia; altre volte si succedono, si rimpiazzano non solo da un accesso all'altro, ma durante lo stesso accesso. (Barras). Avvi però certe gastralgie nelle quali il dolore non presenta simile intensità; allora dice il Signor Barras, è piuttosto un mal'essere penoso ed indefinibile alla regione dello stomaco, accompagnato da nausea, da scoraggiamento, da ansietà, e qualche volta da sensazioni bizzarre: così a molli individui pare che quest'organo si gonfi e si riempi oltre misura; ad altri pare vuoto e ristretto; spesso vi provano un calore o un freddo glaciale, alcuni finalmente hanno un senso di formicolio analogo a quello che produrrebbe un rettile o un ragno che striscerebbe sulla mucosa gastrica.

Il dolore gastralgico si propaga ordinariamente verso diverse parti del ventre, nel dorso, verso le spalle e le pareti toraciche. La pressione esercitata metodicamente, progressivamente e senza scosse, colla palma della mano applicata sull'epigastrio, li calma il più delle volte, ma non sempre; il contrario à luogo qualche volta. Non è raro che il dolore gastralgico, esistendo meno allo epigastrio che in dietro, alla fine della regione dorsale, prende un'acuzie eccessiva quando si preme a questo livello: mi è stato dato osservare ciò molte volte; in questi casi pare che non avesse luogo alcuna complicazione di nevralgia intercostale.

Il dolore di cui parlasi è intermittente o remittente; esso finisce completamnte o diminuisce molto d'intensità per momenti, poi ritorna con una novella violenza. Quando le crisi sono forti, gli ammalati si trovano in uno stato di sofferenza ed inesprimibile ansietà; loro sembra di essere soffogati; altri cadono nel deliquio; in fine alcuni hanno delirio ed anche movimenti convulsivi; ciò è stato osservato molte volte da Schmidtman nelle donne molto nervose. Le crisi si fanno anche più penose in alcuni ammalati a causa delle nausea e degli sforzi di vomito.

In mezzo a patemi sì atroci, è cosa degna di attenzione vedere il polso conservare generalmente il suo ritmo normale; quando però l'agitazione è grande, si accelera più o meno e si concentra; allora lo epigastrio è spesso la sede di battiti tumultuosi, de' quali cercheremo più tardi la natura, quando studieremo le nevrosi del sistema arterioso.

Le crisi dolorose, dopo aver durato con violenza far lo spiazzo di un tempo che varia da alcuni minuti sino a dieci o dodici ore, si calmano a poco a poco. Il dolore può cessare completamente, e se non è molto intenso nè di lunghissima durata, gli ammalati ritornano al loro stato di salute senza pas-

taggio, senza convalescenza alcuna. Ma così non succede quando le crisi sono state violenti e prolungate, perchè allora gli ammalati provano allo epigastrio, per un tempo più o meno lungo, un poco di addoloramento; oltre a chè sono spezzati, stanchi; le loro forze sono annichilite.

Il declinar degli accessi è indicato qualche volta da uno sviluppo più o meno considerabile di gas senza odore, che scappan via dalla bocca; gli ammalati li mandano spesso senza sforzi ed a lunghi sbocchi. Qualche volta ne escon via anche dall'ano il che reca loro molto sollievo. Se urinano in questo momento, il liquido è pur lo più chiaro e trasparente.

Le crisi gastralgiche possono rinnovarsi ad epoche più o meno vicine e molto variabili. Ne' loro intervalli, gli ammalati possono star bene o presentare disturbi permanenti, specialmente negli organi digestivi e nell'apparecchio nervoso; questo stato potrebbe chiamare la forma cronica della malattia.

In questa gli ammalati provano allo stomaco uno stato quasi continuo di sofferenza; sono pesi, stiramenti o crampi; queste penose sensazioni possono manifestarsi quando lo ammalato è digiuno, e calmarsi con prendere qualche alimento; più frequentemente però nascono o si esacerbano subito dopo il pranzo, o almeno due o tre ore dopo. Il travaglio della digestione in fatti è penoso, doloroso; gli ammalati sono tormentati da sbadigliamenti; molti anno nausea e rutti quasi sempre senza odore ed insipidi. Qualche volta lo stomaco è pure la sede di un calore ardente, che si propaga alla gola, ed è seguito dalla uscita di una materia liquida, acre, acidissima, dicesi allora esservi pirosi. Lo epigastrio è spesso teso, più sonoro sotto la percussione, per lo sviluppo considerevole di gas che à luogo nello stomaco; quindi non è rara cosa vedere che gli ammalati anno mandato dalla bocca una certa quantità di fluidi elastici. I vomiti sono rari quando esistono, sono più spesso mucosi, e se contengono sostanze alimentizie, sono quasi sempre liquide, mentre le solide rimangono. Ad eccezione di qualche complicazione, gli ammalati non restituiscono mai sangue nè dalla bocca nè dall'ano.

Lo appetito è bizzarro; si conserva in alcuni, è abolito in altri, alterato in certi, ed irregolare nella maggior parte. Siccome l'osserva il Signor Trousseau con molto senno, gli alimenti che lo stomaco digerisce senza dolore variano quasi quanto gli ammalati: quindi alcuni non possono sopportare che il latte, altri sono meno fatigati dalle carni che da' legumi, quelli cercano le paste e le preparazioni dello stesso genere, e le digeriscono facilmente. Possi dire in generale che lo alimento analptico, tonico ed eccitante è meglio tollerato dello alimento dolce. In coloro che soffrono la gastralgia, la sete è variabilissima; la lin-

gua è umida, senza patina, senza alcun arrossimento; la bocca non à alcun cattivo sapore; alcuni però ànno un gusto acre, acido, salato o di pepe. La diarrea è un fenomeno raro; per lo contrario la costipazione è uno stato quasi abituale in essi. Non esiste alcun disturbo nelle funzioni respiratorie e circolatorie, però gli ammalati provano, e specialmente durante il travaglio della digestione, alcune palpitazioni; molti ànno la cefalgia, le vertigini, la sonnolenza; moltissimi ànno cefalgia e vertigini; divengono tristi, mesti, e molti ipocondriaci.

Non ostante il disturbo permanente delle digestioni, gli ammalati si depauperano di rado; quasi tutti conservano presso a poco la loro grassezza e le loro forze. Il deperimento e la febbre lenta che si osservano qualche volta, se non dipendono da un regime troppo debilitante, o non coincidono con accessi violenti e che si ripetono a brevissimi intervalli, indicheranno quasi sempre qualche complicazione organica. Non è raro vedere individui i quali si lagnano da quindici o venti anni ed anche da che vivono, senza che alcuna diminuzione nella loro grassezza e nelle forze abbia luogo.

Durata, esito. — La gastralgia à una durata variabile; essa può risolversi in alcuni minuti o durare a diversi gradi per moltissimi anni. Siccome tutte le altre nevralgie va soggetta alle recidive: alterna frequentemente allora con dolori della stessa natura nelle diverse parti del corpo, e ciò osservasi specialmente nelle clorotiche.

Pare che nessun malato sia morto durante lo accesso di gastralgia; però quando la malattia si riproduce spesso, o dura in modo continuo, produce un disturbo in tutto il sistema nervoso e provoca lo sviluppo di qualche altra nevrosi anche più grave, come la ipocondria o l'isterismo. Sembra però che non esista alcun rapporto di causa ad effetto tra la gastralgia ed il cancro dello stomaco.

Diagnosi. — La gastralgia quando è violenta potrebbe essere confusa con un accesso di colica epatica; le due malattie saranno distinte facilmente l'una dall'altra, ponendo mente che nella colica epatica, il dolore manifestasi di botto, à sede specialmente nello ipocondrio destro, si esaspera colla pressione, e si accompagna costantemente a nausea, più spesso a vomiti biliosi ed à itterizia.

Nella sua forma cronica, la gastralgia è stata pure confusa colla gastrite cronica; però queste due malattie differiscono l'una dall'altra con caratteri talmente specchiati, da non potersi affatto confondere. Così nella gastralgia, il dolore che à sede all'epigastrio è intermittente o remittente; cede o diminuisce spesso colla pressione, e si diffonde più o meno lungi, mentre che il dolore che produce la gastrite cronica è concentrato all'epigastrio,

è continuo, e, comunque poco vivo, la pressione lo esacerba sempre. Checchè ne abbiano detto, l'aspetto della lingua, il sapore della bocca, la maggiore o minore intensità della sete, non offrono alcun dato per la diagnosi differenziale. Ben diverso dell'appetito e del modo con cui hanno luogo le digestioni: così, nella gastralgia, l'appetito è più o meno conservato, può essere anche vorace; spesso è capriccioso e depravato. Se la introduzione degli alimenti spesso dà luogo a dolori vivi, questi si calmano qualche volta coll'arrivo nello stomaco di cibi anche indigesti. Se esistono vomiti, sono quasi sempre formati da materie solamente liquide, vischiose. Ben altri fenomeni hanno luogo nella gastrite cronica; in fatti in questa avvi sempre inappetenza ed anche avversione per gli alimenti: questi esacerbano il dolore; sono tanto meno sopportati in quanto sono più indigesti, e se vi sono vomiti, le sostanze solide sono sempre espulse in preferenza delle liquide. Questa differenza nella maniera con cui le digestioni hanno luogo ne' due casi, spiega perchè la grassezza e le forze possono conservarsi per tanto tempo intatte nella gastralgia, ed alterarsi sì profondamente e sì prontamente nella gastrite cronica. Finalmente, consultate il corso delle malattie, voi vedrete nella prima le intermissioni, nella seconda un corso uniforme e quasi non interrotto.

La diagnosi differenziale della gastralgia e del cancro stomacale non offre ordinariamente alcuna difficoltà, perchè abbiamo veduto che in quest'ultima malattia le digestioni sono sempre lenti, difficili; vi sono vomiti alimentizi ed una consunzione rapida sin dallo sviluppo: in fine ad un'epoca più avanzata, i vomiti melanici e la presenza di un tumore allo epigastrio danno alla diagnosi qualunque certezza.

La nevralgia intercostale non saprebbe simulare una gastralgia, perchè essa non si accompagna ordinariamente ad alcun disturbo notevole degli organi digestivi, ed una pressione metodica esercitata fa scovrire de' punti dolorosi in certi punti determinati.

Pronostico. — Se la gastralgia è alquanto antica, se si presenta sotto forma di accessi separati da lunghi intervalli, il suo pronostico non avrà niente d'inquietante, ma quando il suo sviluppo risale ad un'epoca lontana ed à resistito alle cure razionali, il pronostico sarà riserbato, perchè in questo caso torna impossibile precisarne il termine. La complicazione coll'isterismo, e colla ipocondria è anche una delle pericolose circostanze. A cose eguali però, la gastralgia fissa è più grave, più ostinata di quella mobile e che alterna con altri dolori nevralgici, ma questa à per inconveniente di recidivare più spesso della prima. Diciamo dando termine che la gastralgia non è una malattia che termina colla morte, ma una delle più dolorose, e che, quan-

do passa alla cronicità, lascia gl'individui in uno stato permanente di sofferenze e provoca lo sviluppo della ipocondria. Per queste circostanze deve essere considerata come un' affezione molto seria.

Etiologia. — La gastralgia è una delle specie nevralgiche più comuni. Rara prima della pubertà, appartiene specialmente alla gioventù ed alla età adulta; è più frequente nelle donne che negli uomini; non risparmia alcuna costituzione; inerudisce specialmente in quelli che sono irritabili e nervosi. I principali autori che si sono occupati di questa malattia, hanno conosciuto, perchè si sviluppi, la influenza di una predisposizione ereditaria. Nulla si conosce di preciso sulla frequenza relativa della gastralgia ne' diversi climi e nelle diverse stagioni dell'anno. Tutto ciò che si è detto del gran numero di queste malattie ne' paesi equatoriali non è niente di positivo. Qualche cosa di più preciso è stabilito per ciò che riguarda il regime dietetico; così è conosciuto che l'uso prolungato delle bevande dolci emollienti ed acide, o l'abuso de' liquidi stimolanti, come il thè, l'uso di liquori spiritosi, delle bevande ghiacciate e degli aromi può essere una causa attiva di gastralgia. Certi medicamenti e specialmente il balsamo di copaiba e la tremulina, hanno spesso lo stesso effetto. Si è pure incolpato, ma con poca ragione, un nutrimento grossolano ed indigesto. Il Signor Barras con ragione ha insistito per provare quanto il digiuno e l'uso esclusivo di alimenti magri determinassero le gastralgie ne' individui che osservano la quaresima in tutto il suo rigore. I patemi vivi, i dispiaceri, le applicazioni di spirito, le veglie prolungate, gli eccessi venerei, come pure la continenza, una lattazione prolungata fatta da una donna debole, tutte le cause in una parola che depauperano, eccitano, scuotono vivamente il sistema nervoso, possono determinare la gastralgia. Ecco perchè non cade dubbio che questa malattia colpisce più spesso gli abitanti delle grandi città e quelli che vivono ne' comodi e nella mollezza. Le cause precedenti unite alla mancanza di esercizio, spiegano la frequenza delle nevrosi delle vie digestive ne' dotti e negli uomini di gabinetto. La gastralgia si sviluppa frequentemente nel corso o in seguito di molte malattie: quindi si osserva spessissimo ne' individui guariti dal colera, e in questi è stata qualche volta ostinata. Non è rara nella convalescenza delle gastriti e delle gastro-enteriti che hanno imposto una lunga astinenza. La gastralgia è un accidente che complica l'isterismo e la ipocondria. Tra tutte le malattie conosciute poi, non avviene alcuna che provochi tanto quanto la clorosi lo sviluppo delle nevrosi dello stomaco. Tutto ciò che si è detto sulla influenza che esercita sul prodotto di queste malattie il vizio reumatico o la

soppressione delle emorragie costituzionali o degli esutori, ec., non è affatto dimostrata.

Cura. — Quando si è chiamato presso un individuo il quale soffre un violento accesso di gastralgia, bisognerà adottare la regola che abbiamo prescritto precedentemente parlando delle coliche epatica e nefritica, cioè che bisognerà, come in queste ultime assopire il dolore coll'amministrazione dell'oppio. In ragione del desiderio di vomitare e spesso de' vomiti che gli ammalati soffrono, specialmente quando trangugiano qualche bevanda, sarà cosa più conducente amministrare il rimedio sotto forma di clistere. Così, a seconda della maggiore o minor violenza de'dolori, s'inietterà nel retto da 8 a 16 gocce di laudano di Sydenham in 100 a 120 gramme di veicolo. Se dopo 20 minuti non avvi alcun sollievo, se i dolori si fossero esacerbati, si darà una novella dose, e si potrebbe anche ripetere se non esiste alcun fenomeno di narcotismo. Non insisteremo, in simil caso, perchè venisse praticata la inspirazione eterea secondo il metodo americano. Le sprozzature calmanli sullo epigastrio sono di dubbia utilità; giovano però le applicazioni di panni caldi, i quali hanno spesso lo effetto di calmar prontamente, e quasi abortire i dolori eccessivi; i cataplasmi sinapati agli estremi inferiori ci sono sembrati qualche volta molto utili. Gli ammalati bevanno poco, però non bisogna privarli assolutamente della bevanda. La tisana che meglio abbiain veduto tollerare in questi casi è una leggiera infusione di tiglio o di foglie di arancio, presa in piccola quantità ed a temperatura della casa. Quando con tutti questi mezzi, le crisi si prolungano o si ripetono a brevi intervalli, bisogna tuffare gli ammalati in un bagno tiepido ed ivi lasciarli per quanto più possibile. Non ottenendo alcun vantaggio, si applicherà sollecitamente un vescicante all'epigastrio che dagli effetti ottenuti, si potrebbe rendere volante, o curare per alcuni giorni coll'idroclorato di morfina.

Non è fatto parola de'salassi non perchè li proscrivessi affatto, ma credo colla maggior parte degli autori, che il loro uso è molto ristretto, e che bisogna usarli soltanto negl'individui forti, grassi, molto sanguigni, e quando il polso è ampio e duro. In fatti in tali casi un salasso generale può essere utile; le sanguisughe allo epigastrio hanno pure calmato prontamente i dolori gastralgici, effetto che il Signor Barras spiega piuttosto per la rivulsione delle morsicature anzichè per la deplezione de'vasi. In somma, bisogna esser sobrio di sangue nella cura delle gastralgie, e non cavarlo fuori se non quando avvi positiva indicazione, perchè lo indebolimento che siegue alla sua perdita aggrava spesso le nevrosi esistenti e può svilupparne di altre specie.

La cura delle gastralgie di corso cronico offre alcune difficoltà; non saprebbe essere la stessa in tutti gli ammalati nè a tutte le epoche della malattia: per conseguenza non possiamo adottare per tutti i casi nè la terapeutica di Pomme, che raccomandava in modo troppo esclusivo, i dolcificanti, nè quella di Whytt, il quale consigliava i tonici. Crediamo più convenevole, almeno nel clima in cui viviamo, imitare la condotta di Lorry, di Tissot, di Réveillon, e del Signor Barras, cioè combinare i due metodi e variarli secondo le indicazioni. Non bisogna del pari ignorare, siccome lo à ben spiegato Comparetti, che non avvi cosa alcuna di più incostante quanto l'azione de' rimedi nella cura delle nevrosi dello stomaco: quindi il medicamento che riesce in uno ammalato fallisce nell'altro o pure è nocivo; da ciò Comparetti, approvato dal Signor Barras, conchiude che nella cura delle gastralgie, e generalmente delle altre nevrosi dello stomaco, non bisogna prescrivere che pochi rimedi, ed insistere specialmente sul regime.

Nelle gastralgie croniche dolorosissime, quando lo stomaco è sopraeccitato, quando le persone sono irritabili, la indicazione è quella di calmare senza indebolire; si ottiene ciò con un regime blando e coll'uso dell'oppio. Questo medicamento sarà introdotto nello stomaco in pillole, alla dose di 2, 5, 10, centigramme e più, in una o molte volte nel corso della giornata. L'oppio non solo calma i dolori quando esistono, ma ne previene il ritorno. Preso poche ore, alcune volte poche minuti dopo il pranzo, fa sì che lo stomaco, che prima rigettava gli alimenti, li tollera meglio, o li digerisce anche completamente. Sotto questo rapporto, l'oppio deve preferirsi al sotto nitrato di bismuto, tanto vantato, nella cura delle nevrosi dello stomaco. Avvi ancora un medicamento al quale si attribuisce grande efficacia ne' casi di gastralgia, a titolo di sedativo; intendo parlare della noce vomica. Linnè, Hufeland, e specialmente Schmidtmann, lo hanno molto raccomandato; quest'ultimo lo considera come il principale mezzo curativo contro la cardialgia. Lo amministra in polvere collo zucchero alla dose di *dieci* centigramme, ripetute cinque volte nelle ventiquatt'ore. Questo metodo, non essendo stato per anco sanzionato dalla esperienza, almeno in Francia, non dovrà impiegarsi che ne' casi ostinati, e quando tutti gli altri mezzi saranno venuti meno. Il nitrato di argento è stato impiegato nelle stesse circostanze siccome sedativo, dal Signor Johnson in Inghilterra e Ruef in Alemagna, alla dose di 1 a 5 centigramme nel corso del giorno. Non si preserverà la dieta ne' casi di cui è parola, perchè così facendo, si aumenterebbe infallibilmente la suscettibilità dello stomaco: ciò avrà luogo solo quando la necessità lo impone, e quando l'organo rigetta tutte le sostanze alimentizie. Così essendo si cercherà di modificare l'alterata sen-

sibilità del ventricolo coll' uso dell' oppio , del sotto nitrato di bismuto, delle bevande dolci, ghiacciate amministrate a cucchiaini, come pure coll' uso de' bagni tiepidi. Oltre a chè si applicheranno sull' epigastrio i cataplasmi emollienti ed anodini , o un impiastro calmante, per esempio di teriaca. Se il male si prolunga , si applicherà su questa parte un vescicante , e si userà pure la moxa ripetuta.

Subito che lo stomaco potrà sopportare qualche alimento , si scieglieranno i più blandi, come il brodo di pollo, poi il brodo ordinario, le minestre di fecola, i gelati di carne e di frutti, finalmente le carni bianche. La quantità degli alimenti sarà proporzionata alla maggior o minor facilità delle digestioni.

Avvi un' epoca però in cui queste sostanze non sono più digerite; alcune gastralgie non le tollerano in alcuna delle fasi della malattia. In questi casi, bisogna affrettarsi, siccome lo consiglia Johnson*, di cambiare a poco a poco la natura dello alimento; così a' dolcificanti si associeranno alcuni tonici, come un preparato di ferro o un poco di generoso vino: le carni bianche saranno sostituite per gradi dal montone o dal bue arrostito , da legumi , ec. Un poco prima del pranzo si darà ancora lo estratto di ghianda di quercia torrefatta , una piccola tisana d' infusione amara, come la cicoria, la piccola centaurea, il rabarbaro, la genziana, il colombo, la chinachina, la quassia amara , ec.

Bisogna anche conoscere , nella cura delle gastralgie, che alcuni ammalati digeriscono bene o male col solo cambiamento della temperatura degli alimenti. Così alcuni guariscono rapidamente bevendo il ghiaccio e mangiando freddi tutti gli alimenti, mentre che altri digeriscono mangiando e bevendo le cose calde più del solito; quasi tutti però si trovano bene quando mangiano e bevono a temperatura ordinaria. Il Signor Barras, il quale à insistito su questi fatti, aggiunge che bisogna prendere in considerazione anche i gusti ed i capricci degli ammalati, a meno che la loro avidità non si porti sugli oggetti evidentemente nocivi.

Le frizioni secche sulla superficie del corpo , i bagni freschi di riviera , o meglio quelli di mare , saranno vantaggiosi in quest' epoca della malattia. Si consiglierà pure con grande utilità l' uso di alcune acque minerali , come quelle di Ems , di Plombières , di Nérès , di Vichy , di Saint Sauveur.

Per completare la cura bisogna collocare gli ammalati nelle migliori condizioni igieniche, così respireranno un' aria pura, faranno un moderato esercizio , e si allontaneranno da tutti le preoccupazioni su i loro affari e sulla loro salute. Si combatterà la costipazione co' clisteri semplici o leggermente lassativi. Però bisogna astenersi dagli evacuant prescritti per la bocca , an-

che ne' casi in cui i sintomi d' imbarazzo gastrico sembrano chiederne l' uso. Il Signor Barras è di accordo su questo punto col Comparetti e Johnson; ei vuole che quando à luogo questa complicazione, gli ammalati siano sottoposti all' astinenza, ed essendo costretti di ricorrere a' purgativi, si scieglierà con preferenza, siccome lo vuole il Comparetti, la infusione a freddo di rabarbaro.

. DELLA ENTERALGIA O COLINA NERVOSA

La enteralgia è per lo intestino ciò che la gastralgia è per lo stomaco. Queste due malattie sono spesso riunite nello stesso individuo, però possono osservarsi anche isolatamente.

Sintomi, corso. — La enteralgia si manifesta in generale bruscamente. Gli ammalati accusano un dolore vivo dilacerante, che si propaga in tutto il ventre, ma che riflette specialmente alla regione ombelicale; la pressione non lo calma e non lo modifica affatto; per lo contrario lo esacerba qualche volta. I patemi possono essere quasi così atroci quanto quelli della gastralgia. Durante lo accesso, gli ammalati rimangono ora immobili, temendo il menomo spostamento; ora, per lo contrario, si dinneano mandando de' gridi. La fisionomia è più o meno alterata, gli estremi sono freddi, la pelle è coverta di sudore; avvi qualche volta lipotimie e sincopi: ciò però à luogo di rado. I disturbi simpatici sono meno numerosi e meno intensi in questa nevralgia che nella precedente. In questa come in altre gastralgie, il polso rimane naturale, anche durante le crisi. Questa nevrosi spesso determina nello intestino una considerabile esalazione di gas. Allora l' addome si sviluppa e presenta alla percussione un suono timpanitico; vi sono borborigmi, un senso incomodo di pienezza; la evacuazione de' gas dal retto produce sempre un gran sollievo. Questi accessi, per la loro durata, come anche pel loro ritorno, non differiscono sensibilmente da quelli della gastralgia.

La enteralgia può, del pari che la nevralgia dello stomaco, esistere sotto forma cronica, ed allora durare per anni interi colle remissioni più o meno lunghe e più o meno complete. Gli ammalati di cui è parola provano nel ventre uno stato di mal' essere abituale, di gonfiamenti o di sensazioni analoghe a quelle che provano le gastralgie. Esiste ordinariamente una costipazione ostinata; qualche volta avvi diarrea. In un caso che io ò osservato in una persona della mia famiglia, la nevralgia sembrava occupare specialmente lo intestino crasso, il retto specialmente; allora vi era dopo ciascuna crisi un' abbondante segregazione di una materia bianca o giallastra, albumino-fibrinosa;

qualche volta simile, per la forma e pel colorito, ad un grosso vermicello. Questa secrezione anormale, che fa temere la esistenza di una lesione organica, è avuto luogo molte volte, è cessata dopo molti anni, benchè la persona, comunque ben portante, soffre ancora di tempo in tempo i sintomi di enteralgia.

I dolori sono provocati specialmente dalle emozioni dell'anima, e più ancora dal travaglio della digestione, dalla introduzione di alimenti indigesti, i quali danno per conseguenza ordinaria lo sviluppo di una grande quantità di gas.

La enteralgia non predispone manifestamente gl'individui che ne sono colpiti ad alcuna lesione organica degl'intestini; essa non altera notabilmente la nutrizione, e provoca molto meno la ipocondria di quello succede per la gastralgia.

Diagnosi. — La mancanza di febbre e la insensibilità del ventre sotto la pressione distingueranno a primo aspetto la colica nervosa dalla peritonite o dalla enterite: la sede differente del dolore, e la mancanza de' sintomi gastrici, stabiliscono ancora una linea tra la gastralgia e l'enteralgia. Questa non sarà confusa coll'ileo; perchè, in questa malattia vedremo che esiste una costipazione ostinata; vomiti, i quali dopo essere stati alimentizi e biliosi addiventano stercoracei; di più il polso si accelera, il ventre si gonfia, e questi accidenti, lungi di presentare delle remittenze o intermittenze come nella enteralgia, si aumentano sempre.

La enteralgia si distinguerà facilmente anche dalle coliche epatiche e nefritiche; nelle prime il dolore à sede specialmente nell'ipocondrio destro ed allo epigastrio; vi sono nausee, vomiti biliosi ed una tinta itterica. Nella colica nefritica, il dolore à sede ne' lombi; si accompagna spesso a contrazione in uno dei testicoli, a vomiti, ed a qualche alterazione nella segrezioni ed escrezioni urinarie. In fine, in nessuna di queste malattie, si osserva la timpanite addominale.

Pronostico. — Il pronostico della enteralgia è un poco meno pericoloso di quello della gastralgia.

Etiologia. — La nevralgia degl'intestini non riconosce alcuna causa speciale; essa si sviluppa comunemente sotto le stesse influenze della gastralgia.

Cura. — La cura dell'enteralgia non differisce da quella che abbiamo esposta trattando delle nevralgie dello stomaco.

DELL' EPATALGIA E DELLA NEFRALGIA

Molti autori descrivono una nevralgia del fegato (*epatalgia*), ed una nevralgia de' reni (*nefralgia*): la prima che à sede nel plesso epatico, sarebbe caratterizzata da un dolore trafittivo nello ipocondrio destro, che si propaga nel dorso, le spalle, il ven-

tre e tanto vivo da strappare i gridi e forzare gli ammalati a torcersi ed a ruotolarsi per terra; può accompagnarsi a vomiti acquosi o vischiosi, ad un senso di oppressione e di un'ansietà estrema: in una parola, si trovano qui i principali caratteri della colica epatica prodotti dalla presenza o dallo spostamento di un calcolo. La epatalgia non si distingue affatto da questa che per l'assenza de' vomiti biliosi e dall'itterizia. Però questi caratteri negativi sono essi reali? Torna impossibile niente affermare a questo riguardo: ecco perchè molti medici negano, a torto senza dubbio, la esistenza di questa nevralgia; perchè non vediamo come i nervi del fegato non si affettino da nevralgia, mentre quelli dello stomaco e degl'intestini, provenienti dalla stessa sorgente, sarebbero sì spesso la sede di dolori vivi. Aggiungiamo che avendo esaminato le vie biliari degl'individui i quali, alcune settimane prima o alcuni mesi avevano sofferto un accesso simile a quelli della colica epatica, non abbiamo trovato alcun calcolo nè nella vescichetta nè ne' condotti; questi non presentavano dilatazione in alcun punto della loro estensione, in guisa che era molto probabile che nessuna concrezione li aveva attraversati poco tempo prima.

Ciò che abbiamo esposto delle nevralgie del fegato può applicarsi a ciò che si è detto delle nevralgie de' reni; ma qui le incertezze sono anche maggiori che per la prima, e per ammettere la esistenza di una nevralgia, bisogna più citare l'analogia anzichè i fatti clinici, che sin ora mancano.

Oltre a chè importa poco, per la cura dello stesso accesso che sia una nevralgia essenziale o dolori prodotti dallo arresto di un calcolo, perchè nei due casi la indicazione è quella di amministrare l'oppio sino a produrre un sollievo. Solamente per la cura ulteriore sarebbe vantaggioso conoscere esattamente le cause della malattia. Questo è un soggetto che deve studiarsi assiduamente.

DELLA NEURALGIA VESCICO-ANALE

Sono ormai alcuni anni che si è descritta una nevralgia molto incomoda, dolorosissima, spesso ostinatissima, che gli uni anno localizzato ne' nervi della regione dell'ano, altri primitivamente ne' nervi che si portano sul collo della vescica. Però, siccome tutte queste parti sono quasi sempre simultaneamente o successivamente colpite, si possono confondere i patemi in una comune descrizione.

La nevralgia dell'ano, indicata da molto tempo dal Signor Roux, e sulla quale, il Signor Campaignac ha pubblicato le prime osservazioni nel *journal hebdomadaire* del 1830 è stata studiata più recentemente con cura del Signor Velpeau nel Dic-

tionnaire de médecine; dalla descrizione di questo dotto professore prenderemo la maggior parte de' dettagli che sieguono.

Quasi sempre senza causa manifesta, la regione dell'ano viene la sede di dolori trafittivi, che sembrano molto superficiali, ora continui, ma esacerbanti, ed ora sotto forma di accessi separati da intervalli più o meno lunghi. In alcuni l'ano sembra contrarsi con forza a momenti e rilassarsi subito dopo; in altri casi, si apre per lo contrario, in modo a provocare gli scarichi involontari. Esaminando le parti affette non si osserva nè arrossimento, nè durezza, nè alcuna soluzione di continuo che potesse spiegare i dolori degli ammalati. Però tosto si propagano alla vescica, anno lubgo solleciti bisogni di urinare; il getto dell'urina si arresta qualche volta bruscamente; in fine esistono quasi tutti i segni razionali de' calcoli vescicali; a questo punto si è molte volte praticato la litotimia; il Signor Velpeau è stato testimonio tre volte di un simile errore. Introducendo la sonda in quest'individui, à luogo con molte sofferenze, le quali spariscono non pertanto subito che lo strumento è penetrato in vescica. Le urine sono quasi sempre limpide, si son vedute qualche volta torbide e vischiose.

La durata di questa malattia può essere lunghissima. L'arte, secondo il Signor Velpeau, avrebbe poco impero su di essa; quasi sempre inutilmente sono stati impiegati i bagni, i narcotici, gli antispasmodici; forse si potrebbero sperare migliori risultati dall'applicazione de' vescicanti sulle regioni sacra e perineale. Hanno pure proposto come mezzo curativo la introduzione frequente della sonda nell'uretra: alcuni fatti giustificano questo mezzo, il quale non à alcun inconveniente. Checchè ne sia, tutti ànno osservato che gli ammalati i quali erano stati sondati per lo errore al quale la nevralgia avea dato luogo, sono tutti guariti senza accidenti, e si sono anche liberati da' loro dolori nervosi.

DELLA ISTERALGIA

L'utero, senza che il suo tessuto nè quello de' suoi annessi presenti alcun'alterazione di tessitura distinta, può essere la sede di dolori vivi, trafittivi, esacerbanti, che si propagano più o meno, ed ànno per carattere e per corso la maggior analogia o piuttosto una completa entità colle nevralgie. In coteste donne, le affezioni aumentano colla stazione e col cammino; questo può anche divenire impossibile: il coito è estremamente doloroso; gli sforzi per escrete la urina e le materie fecali risvegliano qualche volta le crisi. Ogni genere di esplorazione è d'ordinario intollerabile: così l'applicazione dello speculum è ordinariamente

doloroso, non che il tatto vaginale, specialmente se s'imprimono i movimenti all'utero per indagare la sua consistenza ed il suo volume. Checchè ne sia, quest'organo, siccome lo abbiamo detto, non presenta nè all'occhio nè al dito alcuna manifesta lesione, e spesso non esiste nè anche la leucorrea. Cotesti dolori sono intermittenti o remittenti, qualche volta limitati nella profondità del bacino: il più delle volte però (e quasi sempre quando la malattia si prolunga) i dolori si propagano alle parti lontane, negl'inguini, a' lombi e nelle membra, si accompagnano spesso a gonfiamento del ventre, a spasimi, a soffogazione, ad ansietà precordiale, a palpitazioni, cioè a quella serie di accidenti, chiamati volgarmente, *vapori*, *spasmi*, e che caratterizzano una delle forme dell'isterismo. Aggiungiamo che le donne le quali van soggette a tali sofferenze sono allegate nei denti, irritate, estremamente impressionabili; le loro digestioni sono spesso lente e penose; avvi dispepsia, crampi di stomaco, il che dipende dallo stato nervoso che domina e sconvolge tutto l'organismo, come anche dalle preoccupazioni delle ammalate e dalla mancanza più o meno completa di esercizio. La mestruazione è più o meno alterata; in fatti le regole, sono in generale poco bondanti, irregolari nei loro ritorni; il loro approssimarsi è quasi sempre indicato da un raddoppiamento nelle crisi. I dolori continuano; qualche volta sono vivissimi per tutto il tempo dell'epoca, mentre che in alcuni casi, le ammalate sono sollevate e provano momentaneamente uno stato di ben essere.

La isteralgia, siccome tutte le malattie nervose, e forse più di qualunque altra di quelle che abbiamo già studiate, è irregolare nel suo corso, ne' suoi ritorni; essa resiste con molta ostinazione; ed una volta guarita, ritorna con estrema facilità.

Questa malattia è quasi esclusiva delle donne nervose, impressionabili, isteriche; colpisce quelle la cui mestruazione è penosa, accompagnata ciascuna volta da dolori vivi. Tutto ciò che può sopraeccitare il sistema nervoso e gli organi uterini deve considerarsi come causa attiva d'isteralgia: tali sono le veglie, le emozioni morali, un regime troppo stimolante, l'abuso del coito la vita oziosa, sessuale.

Cura. — Se la donna è forte, pletorica, bisogna cominciare col salasso. In tutti i casi, si prescriverà il riposo, la posizione orizzontale, i bagni tiepidi o freschi molto prolungati, le iniezioni narcotiche nella vagina con una decozione di papavero, di belladonna, di ginsuamio, di stramonio; si daranno pure con molto vantaggio i clisteri oppiati. Internamente si prescriveranno pure i narcotici e tutti i mezzi usati per le nevralgie: bisogna però anzi tutto insistere sul regime: quindi le ammalate faranno uso di un nutrimento dolce, si manterrà il ventre lubrico; le funzioni della pelle saranno eccitate colle frizioni secche, col-

l'uso della flanella; le donne vivranno in un'aria salubre, faranno un moderato esercizio che non potesse risvegliare vivi dolori. Quando la malattia si ostina, si tenteranno, ma con prudenza, alcuni rivellenti applicati sulle pareti del bacino, specialmente piccoli veseicanti, che si potranno curare, se il bisogno lo richiede, con un sal di morlina. In fine nella stagione convenerà, si manderanno le ammalate alla sorgente di alcune acque termali; le acque di Ems e di Nèris potranno specialmente convenire.

DELLA NEURALGIE DELLA MAMMELLA

Ast. Cooper in Inghilterra, ed il Signor Velpeau in Francia, hanno fissato l'attenzione sopra una malattia dolorosa delle mammelle, che importa ben conoscere. Assale specialmente le donne irritabili, nervose, nel periodo di sedici a trent'anni e qualche volta al di là. È caratterizzata da dolori vivi trafittivi, continui o intermittenti, circoscritti alla superficie delle mammelle, che si propagano qualche volta verso il collo, la spalla, l'ascella, nelle membra superiori corrispondenti e qualche volta sino all'anca. Questi dolori si esacerbano spesso quando si preme l'organo o quando si abbandona al suo proprio peso. Non si accompagna quasi mai ad alcun cambiamento manifesto nel volume nè nella tessitura della glandola: qualche volta però si osservano uno o molti piccoli tumori pisiformi, mobili, estremamente dolorosi, che terminano quasi sempre colla risoluzione in alcuni giorni.

La neuralgia mammaria ha un corso molto irregolare. Non dura qualche volta che pochi giorni; altre volte molti mesi ed anche molti anni in modo da far credere alle donne di essere colpite da una malattia grave. Molte hanno chiesto l'amputazione della mammella per porre un termine alle loro sofferenze. L'epoca mestrua non esercita sempre lo stesso effetto su i dolori: quindi ora li esacerba, ora produce una notabile migliria.

La neuralgia mammaria dura indeterminatamente; ma comunque lunga e dolorosa essa sia, l'affezione non degenera mai in una lesione organica.

La cura deve essere locale. Ast. Cooper vanta specialmente le preparazioni di belladonna sotto forma di empiastri, di cataplasmi, di pomata. Propone pure di mantenere un calore uniforme coprendo le mammelle con una pelle di lepre o di pelliccia. Quando i dolori sono vivissimi, quasi tutti consigliano dar principio alla cura mediante le applicazioni delle sanguisughe; si applicheranno intorno al seno e non alla superficie; torna spesso utile ripeterle molte volte, ad alcune settimane di distanza.

za. A questi mezzi sarà vantaggioso unirvi l'uso interno delle preparazioni oppiate, e dell'estratto di cicuta, come pure degli altri mezzi generalmente impiegati contro le altre specie di nevralgie.

DELLA DERMALGIA

Il Signor Beau à descritto, negli *Archives* del 1841, sotto il nome di reumatismo della pelle, alcuni dolori nevralgici che ànno sede in questa membrana. Questa malattia molto rara, indicata da molto tempo da' signori Piorry e Jolly, è caratterizzata, come tutte le nevralgie, da un doppio dolore: uno è continuo intermittente l'altro. Il primo, al suo grado più debole, consiste solamente in un leggiero esaltamento della sensibilità normale; se il male è più intenso, il dolore è scottante, cocente, come se il corpo papillare fosse denudato. Però in ciascun mezzo minuto, dice il Signor Beau, si manifesta un'altra specie di dolore: questo è più vivo del precedente, e qualche volta portato al punto da impedire i movimenti della parte affetta, e privare gli ammalati da qualunque sonno. Lo strofinio, il semplice contatto della pelle mediante il dito esacerba le sofferenze. Questa malattia, che sembra aver luogo specialmente in seguito del raffreddamento, finisce a poco a poco dopo una durata di alcuni giorni di una o due settimane. Gli spruzzi calmanti, e l'oppio internamente, ci sembrano essere stati i soli mezzi da opporsi contro la dermalgia.

SECONDO GENERE DI NEVROSI

DELLE NEVROSI CHE SONO CARATTERIZZATE SPECIALLY DALLE LESIONI DE' MOVIMENTI

DELLE CONVULSIONI

La convulsione si può definire una contrazion violenta ed involontaria de' muscoli sottoposti allo impero della volontà. Alcuni autori ànno indicato sotto il nome di *spasmo* le contrazioni irregolari della vita organica.

Le convulsioni sono state distinte in *toniche* e *cloniche*. Nelle prime la contrazione de' muscoli è permanente: le parti sono anche immobili; tale è il tetano. Le convulsioni cloniche al contrario, sono quelle nelle quali avvi alternativa di contra-

zione e rilasciamento: questa è quella forma che viene indicata ordinariamente quando s'impiega la semplice denominazione della convulsione.

Qualunque sia la forma delle convulsioni, che queste siano toniche o cloniche, costituiscono ora degli stati *sintomatici*; ora per lo contrario sono *essenziali*. Abbiamo avuto già occasione di far parola delle prime molte volte parlando delle malattie de' centri nervosi. Quelle che dobbiamo studiare ora non possono spiegarsi il più delle volte mediante alcuna alterazione materiale distinta.

Non ripetiamo cosa utile dare la storia generale delle convulsioni in questo luogo, in ragione de' numerosi dettagli nei quali dobbiamo entrare parlando delle principali specie delle malattie convulsive.

Parleremo immediatamente delle convulsioni faciali del tetano, della contrazione e dello esofagismo, rimandando la storia della eclampsia, della epilessia, dell'isterismo, della catalepsia, nel terzo genere, le quali, siccome abbiain veduto, comprende le nevrosi che abbiamo chiamate complesse.

DELLE CONVULSIONI IDIOPATICHE DELLA FACCIA

Uno de' medici più distinti del Belgio, il signor dottor François, à descritto nel 1843, una malattia speciale del nervo del settimo paio, caratterizzata dalle convulsioni nella maggior parte de' muscoli a' quali questo nervo si distribuisce. Di simili fatti sono stati pubblicati da molti altri medici: dal Signor Haurion nel Belgio, da Marshall-Hall a Londra, da Romberg a Berlino.

Sintomi, corso. — Questa nevrosi speciale del nervo del settimo paio non produce alcun dolore, purchè non esista complicazione nevralgica col nervo trigemino; si osserva allo esterno unicamente per la contrazione convulsiva de' muscoli superficiali o espressivi della faccia, i quali, come ognun sa, sono animati dal nervo facciale (1). Queste convulsioni sono più o

(1) Il Signor Francois fa osservare che i muscoli stilo-ioideo e digastrico, che il velo palatino e la lingua che ricevono i filletti del facciale non sono agitati dalle stesse convulsioni de' muscoli più superficiali. Ei crede che ciò dipende dal perchè per la loro posizione più profonda i filletti nervosi che vanno a queste parti sono sottratti all'azione delle cause che producono la malattia. Si è pur verificata la stessa assenza delle convulsioni ne' muscoli auricolare ed occipitale, il che dipende senza, dubbio dal poco sviluppo che questi muscoli acquistano nell'uomo e dalla difficoltà che avvi per osservare i loro movimenti.

meno violenti; ora sono passeggiere come quelle che caratterizzano certi ticchii, ma qualche volta durano per lo spazio di dieci o dodici secondi e ritornano ad intervalli più o meno vicini, come cinque o dieci minuti. Queste convulsioni possono aver luogo durante la veglia come pure durante il sonno; qualche volta però cessano quando gli ammalati dormono; ordinariamente sono più energiche durante i movimenti ne' quali i muscoli della faccia entrano in azione; ciò à luogo specialmente nel riso, durante la masticazione, ec. Quasi sempre le convulsioni di cui parola sono cloniche; però ne' due casi osservati dal Signor Marshall-Hall erano toniche, ma presentavano non pertanto a brevi intervalli alcuni movimenti convulsivi clonici. Si comprende che durante gli accessi, certi atti, come la masticazione ed il succiamento, debbono essere più o meno impediti, ma ne' loro intervalli gl'individui godono una perfetta salute.

Questa malattia è estremamente ostinata, ed è facile che resista a tutti i rimedi e per moltissimi anni. Il solo caso di guarigione che si conosca à luogo spontaneamente.

Diagnosi. — Si potrebbe confondere la convulsione idiopatica della faccia con uno di que' ticchii dolorosi che si osservano frequentemente; però torna impossibile cadere in errore ricordandosi che quando la contrazione muscolare dipende da un'abitudine viziosa, può cessare colla distrazione, per una forte emozione o per una volontà risoluta: oltre a chè trovasi sempre limitata ad alcuni muscoli, a quelli delle pinne del naso o delle labbra, o all' orbicolare delle palpebre, ec; ma non assale mai nello stesso tempo i muscoli sottoposti all' azione di uno stesso nervo. Nella nevralgia del trifacciale, si osservano qualche volta de' movimenti durante le crisi; ma la sola esistenza de' dolori, la loro direzione ed il loro carattere permetteranno di precisare quale sia la sede della malattia.

Pronostico. — E' una malattia che non compromette affatto la esistenza, ma è grave in ragione della sua ostinazione e della impotenza dell' arte.

Etiologia. — La convulsione idiopatica della faccia è stata osservata più frequente nella donna che nell' uomo. La impressione del freddo è stata spesso la sua causa determinante.

Cura. — I narcotici, i purganti gli antispasmodici, i tonici, gli amari; allo esterno il freddo, i rubefacienti, i vescicanti, la galvanopuntura sono stati vanamente impiegati. Il Signor Romberg à consigliato una soluzione di borace e la continua compressione mediante un gomito. In un caso, Dieffenbach praticò il taglio sotto cutaneo de' muscoli della faccia, il che produsse lo effetto di sostituire le convulsioni da un semplice fremito meno incomodo.

Natura. — La malattia che abbiamo descritta dietro i lavori del Signor François è una nevrosi del nervo del settimo paio. Questo nervo presiede alla motilità, alla espressione della faccia, per cui si comprende che la sua sofferenza si manifesta con movimenti convulsivi, siccome si vede la sofferenza de' nervi della sensibilità, quella del trifacciale per esempio, si esprime e si caratterizza pe' dolori. Qui però si ferma l'analogia, nè altro ci autorizza a descrivere, siccome è stato praticato dagli autori del *Compendium* di medicina, che questa malattia sia una nevralgia del nervo del settimo paio, perchè chi dice nevralgia dice dolore vivo, or nella malattia di cui è parola, non avvi alcuna sofferenza a meno che non esista complicazione.

DEL TETANO

Il tetano (da *tenuo* io stendo) è una malattia caratterizzata dalla contrazione permanente e più o meno violenta di tutti i muscoli volontari, o solamente di alcuni di essi.

Storia. — Il tetano è una malattia conosciuta molto anticamente. Indicata da Ippocrate, fu esattamente descritto da Celso, da Aretéo e da Celio Aureliano. Galeno ne formò l'oggetto di molti comentari, e Fernel, ad un'epoca più vicina ne diede un quadro anche più fedele. Tutti i nosografi dopo di lui, specialmente Sauvages, Cullen, Pinel, G. Frank se ne sono occupati; però à maggiormente fissato l'attenzione de' chirurghi delle armate e de' medici che esercitano la professione nelle regioni intertropicali. Molte monografie e delle dissertazioni sono state pubblicate sul tetano, specialmente da uno o due secoli; la sola però più distinta è quella che Trnka à redatta fornita di duecento osservazioni particolari e più. Gli autori contemporanei non ànno potuto niente aggiungere a ciò che gli antichi ci àn lasciato sul tetano.

Anatomia patologica. — Nella maggior parte di coloro che muoiono per tetano, non si trova alcuna manifesta lesione nell'asse cerebro-spinale. Solamente di rado si osserva una stasi venosa, un poco di arrossimento nella membrana d'involucro, ma senza modifica di consistenza, e senza che esista alcuna segregazione morbosa. Questi segni di congestione non sono il più delle volte che un fenomeno cadaverico, o almeno uno stato consecutivo e dipendente dalla maniera di cui la morte à avuto luogo. Quasi tutti i tetanici in fatti morendo per asfissia, si trovano le lesioni proprie a questa malattia (vedi appresso *Asfissia*). Forse alla stessa causa bisogna rapportare i versamenti sanguigni, qualche volta considerabili, che sono stati osservati, ne' neonati morti vittima del tetano, tra le lamine delle vertebre

e la dura madre (Thore, Matuszinski, Abercrombie), o pure nella cavità aracnoidea o al di sotto di questa membrana.

Alcuni medici, specialmente da una ventina di anni, han cercato a rannodare il tetano ad un' alterazione infiammatoria della midolla spinale o delle sue membrane. Le raccolte periodiche pubblicate tanto in Francia quanto in Inghilterra ed in Italia contengono molti fatti in favore di questa opinione: però comunque numerose esse siano, non saprebbero distruggere i casi molto più frequenti ne' quali nessuna lesione è stata rinvenuta. Oltre a chè fossero questi pure meno comuni, non bisogna concludere che il tetano sia necessariamente caratterizzato da una lesione materiale de' centri nervosi; per conseguenza quando si trova in coloro morti per tetano una meningite rachidiana, una mielite o un ammolimento della midolla, bisogna considerare queste alterazioni piuttosto come consecutive, anzichè come primitive, siccome costituenti dell'e complicazioni anzichè un carattere anatomico della malattia. Aggiungiamo che spesso le flemmasie della midolla, e specialmente quelle dell'aracnoide spinale, si accompagnano a sintomi tetanici, siccome si veggano certe infiammazioni del cervello o delle sue membrane provocare delle convulsioni epilettiche. Però questi stati sintomatici differiscono troppo, sia dal tetano, sia dalla vera epilessia, perchè non siano distinti; molli però han fatto questa confusione; ciò spiega in parte le opinioni erronee emesse sulla natura di queste nevrosi. Infine alcuni in molti casi hanno rapportato alla malattia lesioni di consistenza della midolla puramente cadaveriche, o prodotte dalle manovre dell'autopsia.

Sintomi e corso. — Il tetano, specialmente spontaneo, si manifesta bruscamente; il più delle volte è preceduto da alcuni prodromi, come abbattimento, tristezza, vertigini, veglia, dolori vaghi. Tosto gli ammalati provano rigidezza nel collo; muovono a stento la testa e la mascella; poi movimenti convulsivi rari e brevi, che si fanno più lunghi, e divengono infine permanenti, si manifestano: dapprima sono circoscritti ad alcune parti, tosto si estendono in moltissime, e possono occupare finalmente tutti i muscoli volontari. Così, quando il tetano è generale, tutti i movimenti sono sospesi; il tronco e le membra sono fissi ed in una completa immobilità, la rigidezza è tale che, se si prendesse lo ammalato per la testa o per i piedi, 'potrebbe essere alzato intero, come una statua: le dita sono le sole parti, le quali, dal rapporto di Sprengel, conservano la loro sensibilità, opinione contraria a quel che abbiamo veduto costantemente, e che a priori, è affatto inamissibile. La lingua può muoversi pure liberamente, almeno allo sviluppo; però spinta qualche volta fuori della bocca per uno spasmo de' suoi muscoli, è stretta e lacerata tra le arcate dentarie.

I muscoli in tal guisa convulsi resistono a tutti gli sforzi; si rompono anzichè cedere; così quando le mascelle sono ravvicinate, nessuna forza può separarle; le labbra istesse sono qualche volta talmente contratte, che torna impossibile allontanarle. Più di rado la bocca è aperta, e rimane permanentemente in questa posizione senza che la mascella potesse ravvicinarsi. I muscoli convulsi sono la sede di dolori qualche volta leggieri, ma spesso laceranti, o di crampi estremamente penosi. Le sofferenze sono ora continue, senza alcuna remittenza; ora, è la cosa più ordinaria, si osserva, in ogni due o tre minuti una leggiera remittenza ne' dolori e nella rigidità convulsiva; però i muscoli non si rilasciano mai. Dopo alcuni istanti, senza causa determinante, o pure al menomo movimento, sotto la più leggiera scossa, la minima emozione, gli stessi dolori e le stesse contrazioni si rinnovano; allora lo ammalato si trova nello stato più deplorabile. La sua figura, generalmente pallida, qualche volta iniettata, esprime ad un tempo e la sofferenza e lo spavento; i suoi occhi ora sono agitati da movimenti convulsivi ed ora immobili come il rimanente del corpo: la fronte è increspata profondamente, il naso tirato in alto, e le guance portate verso le orecchie. La contrazione convulsiva de' muscoli addominali spiega perchè molti di questi ammalati hanno le evacuazioni involontarie di urina e di materia fecale; in altri per lo contrario, la costrizione dell'ano è tale che torna impossibile poter introdurre la menoma candeletta, e la stessa uscita de' gas non può aver luogo, il chè causa novelle sofferenze; negli uomini avvi erezione con polluzioni o senza.

Durante questi parossismi, il polso è generalmente piccolo, frequente spesso irregolare. Il torace non può dilatarsi liberamente per la contrazione de' muscoli, ne siegue che la respirazione è difficile, frequente, interrotta; essa è qualche volta momentaneamente sospesa; si accompagna ad una estrema ansietà, ad alcuni sintomi di asfissia; nello stesso tempo il calore è più elevato, e la pelle si cove di un sudore freddo e vischioso, però propriamente parlando, non avvi febbre; questa osservazione è stata fatta da Cullen. Lo stato febbrile si manifesta solamente in alcuni casi rari, quando per esempio à luogo qualche complicazione. In generale, i disturbi della respirazione o della circolazione sono momentanei, si calmano nella intermittenza. Quasi tutti i tetanici sono costipati; hanno inappetenza: solamente in alcuni tetani parziali le funzioni digestive possono conservare tutta la loro integrità. La sete è tanto più viva che la costrizione delle mascelle, divenuta permanente e completa, e spesso ancora uno spasmo della faringe, sono un ostacolo assoluto alla introduzione delle bevande e della stessa saliva. La esorezione urinaria non presenta per lo più al-

cun disturbo, ma spesso è dolorosa e difficile. Le facoltà intellettuali sono quasi sempre intatte; la voce spesso è oscura, impedita, la parola confusa ed anche inintelligibile; in fine ne' casi più gravi solamente si manifestano i sintomi d' idrofobia.

Le crisi di cui è parola si ripetono generalmente tanto il giorno quanto la notte senza distinzione: però in contrario a ciò che osservasi in quasi tutte le malattie acute, la notte esercita una favorevole influenza; quindi molti ammalati dormono tranquillamente, ed alcuni di quelli che non gustano le dolcezze del sonno rimangono calmi; sono sempre in uno stato di rigidità, ma non hanno crisi, come se la notte, in questi casi, esercitasse, indipendentemente dal sonno, una favorevole influenza sulla malattia.

Ma quando questa progredisce, le crisi sono molto più lunghe, e le remissioni sempre più brevi; arriva tosto un momento in cui la rigidità dura mai sempre: allora la pelle si fa arida, il polso si deprime ed aumenta di frequenza; la faccia si fa pallida, e si altera; la respirazione s' imbarazza vieppiù; in fine la morte à luogo, ora per una specie di depauperamento nervoso, il più delle volte per asfissia, e dopo breve agonia.

Ho esposto i sintomi del tetano generale. Però la malattia non si presenta sempre con una forma così grave, e lungi di invadere tutti i muscoli sottoposti allo impeto della volontà, la rigidità tetanica non ne occupa qualche volta che un certo numero. Così può essere circoscritta a' muscoli elevatori della mascella inferiore, la malattia riceve allora il nome di *trisma*. Qualche volta i muscoli della parte anteriore del corpo essendo solamente convulsi, o essendo ad un grado maggiore di quelli della parte posteriore, il tronco è piegato in avanti, in guisa che il mento tocca il petto, e le ginocchia sono portate in avanti; dicesi allora che avvi *emprostotono*. Se per lo contrario la testa è rovesciata in dietro ed il corpo inclinato nello stesso senso, si dice che avvi *opistotono*. In fine, se il corpo è in una flessione laterale, è il *pleurostotono*, o tetano laterale.

Durata, esiti. — Il tetano à in generale una durata molto breve; termina comunemente in quattro o cinque giorni; di rado si prolunga sino a dieci o dodici; infine ne' soli casi eccezionali si è veduto durare molte settimane, ed anche molti mesi; allora si chiama cronico. In quanto a' casi di tetani che avrebbero prodotto la morte in poche ore o in pochi minuti, crediamo che allora trattasi piuttosto di qualche affezione convulsiva di altra natura.

La morte è l'esito quasi costante della malattia; però la malattia anche quando è generale, può guarire. Quando quest'esito felice à luogo, la convalescenza è generalmente breve, e nessuna accidente ulteriore à luogo. Alcuni individui non pertanto

conservano pel resto delle loro esistenza degli storcimenti, dei cambiamenti di rapporto consecutivi alla tensione violenta che i muscoli di certe parti hanno subito.

Diagnosi. — Il tetano sarà facilmente conosciuto da una tensione convulsiva, dolorosa, di un numero più o meno grande di muscoli, che si esacerba ad intervalli più o meno vicini, senza mai cessare completamente. Questa malattia non si accompagna nè a febbre nè a delirio. Vedremo quanto differisce dalle altre malattie per i suoi caratteri, specialmente dall'isterismo, dalla epilessia, dalla catalepsia. Non sarà confusa colle infiammazioni cerebro spinali, che si accompagnano qualche volta a sintomi tetanici; perchè in queste avvi comunemente dolore violento in un punto fisso della colonna, che si propaga qualche volta verso le membra. Oltre a chè la pelle è la sede di un esaltamento di sensibilità tale che la menoma pressione strappa i gridi agli ammalati; se aggiungiamo a ciò che la febbre ed i disturbi cerebrali sono quasi costanti, si avranno tali elementi per stabilire una diagnosi differenziale. Ne' fanciulli, il tetano potrebbe essere confuso colla forma tetanica della eclampsia: osserviamo però che in questa la rigidità comincia piuttosto dalle membra che dalla mascella; avvi quasi sempre perdita di conoscenza; di più qui, come nella eclampsia delle donne nel parto, le convulsioni non sono mai esclusivamente toniche, siccome lo sono nel tetano, ma sono più o meno accompagnate da alternative di contrazione e di rilassamento.

Pronostico. — Il tetano è una malattia eccessivamente grave: è pericoloso specialmente quando è universale, quando assale un neonato o è traumatico. Sembra essere più grave nelle stagioni e ne' paesi caldi. Lo imbarazzo della respirazione e lo acceleramento del polso sono circostanze aggravanti, come del pari la presenza della febbre e del delirio, che appartengono meno alla malattia che a qualche complicazione. La opinione d'Ippocrate, consistente a considerare la febbre nel tetano siccome una felice circostanza, siccome una crisi, è dunque inesatta. Questo errore è stato svelato sin dall'antichità da Celio Aureliano.

Etiologia. Il tetano è una malattia rarissima a Parigi, ma si osserva frequentemente ne' paesi caldi, specialmente nella estate; si dice più comune sulle rive del mare e ne' luoghi umidi e paludosi. Colpisce tutte le età della vita, ma specialmente i giovani e gli adulti. Ne' paesi equatoriali, decimava altra volta i morettini, i quali, dopo la loro nascita, erano esposti alle vicissitudini atmosferiche; però si crede oggi che la malattia non sia sì comune dopo che questi piccoli esseri sono circondati dalle cure che la loro debolezza richiede. Oltre a chè lo stesso effetto può essere prodotto ne' climi freddi; così si è veduto regnare mille volte quasi epidemico negli asili; ciò è stato osservato dal

professor Cederschjold nel 1834 all'ospizio di Stoccolma (*Gaz. medic.* 1842). Sembra costante che nella nostra Europa il tetano colpisce spesso i neonati, non solo nel mezzogiorno della Francia (Baumes e Dagès) ed in Spagna (Androëas), ma forse più spesso ancora nel nord, a Vienna (Goëlis), a Wilna (Frank) a Pietroburgo (Doep) a Stuttgarda (Matuszinski), in Irlanda (Maunsell ed Evanson). La malattia di cui è parola sembra affliggere molto più spesso gl'uomini che le donne; gl'individui forti sembrano esservi più predisposti. Quasi sempre la malattia si manifesta in seguito di una ferita, e si è veduto che non sempre dietro le più gravi. Le piaghe di armi da fuoco e per strappamento, le piaghe prodotte da uno strumento pungente e che interessano le membra e le parti fornite di aponevrosi e di molti nervi, sono precisamente quelle che danno luogo il più delle volte al tetano. Qui, come ne' climi caldi, il tetano è qualche volta spontaneo, allora si manifesta quasi sempre senza causa distinta; altre volte, dopo una emozione viva, uno spavento, un raffreddamento, ec. Alcuni medici, allo esempio di Laurent, di Strasburgo, hanno voluto rannodare il tetano alla presenza dei vermi nel tubo digestivo, ma numerosi fatti si oppongono a questa opinione.

Cura. — I mezzi impiegati contro il tetano sono numerosissimi, ma quasi sempre impotenti. I principali sono i salassi generali e locali e più o meno ripetuti, lungo la colonna; gli evacuanti, i controstimolanti, i diaforetici, gli aromatici, gli antispasmodici, il fosforo, i calmanti la elettricità, i bagni caldi e freddi, ed il mercurio. Così il professor Forget di Strasburgo, imitando la pratica seguita da Cullen nelle Indie occidentali nel corso dell'ultimo secolo, à guarito pochi anni fa, un tetano spontaneo impiegando l'unguento napoletano alla dose di 30 gramme continuato per cinque giorni; due fatti analoghi sono stati riportati nel 1844, dal Signor Hulin Origet, ne' bollettini della Società medica d'Indre-et-Loire. Però tra tutti i mezzi, nessuno è realmente più efficace quanto l'oppio ed i bagni. L'oppio dovrà essere impiegato ad alta dose, e solamente a questa condizione può riuscire utile. Si comincerà ad amministrare da 10 a 15 centigramme, e si ripeterà questa dose in ogni tre o quattro ore, più o meno, secondo gli effetti che si ottengono. In questa malattia si potranno dare enormi quantità di oppio, senza determinare accidenti tossici; poichè non avvi alcuna malattia nella quale, come dice Cullen, la tolleranza sia tanto grande quanto nel tetano; ciò spiega come gli ammalati hanno potuto prendere senza pericolo 7 gramme di oppio nel corso del giorno (Monro), altri più di 30 gramme di tintura tebaica (Chalmers), senza parlare de' casi anche più straordinari, de' quali molti sono rapportati nella *Thérapeutique* de' Signori Trousseau e

Pidonx. L'oppio sarà amministrato per la bocca, e, se il trisma vi si oppone, pel retto. Si potrà pure denuadare le pelle e farlo penetrare col metodo endermico. Contemporaneamente all'oppio, si amministreranno i bagni piuttosto freschi o freddi anzichè caldi; perchè, secondo Cullen questi ultimi non avrebbero recato alcuna utilità nelle Indie occidentali. Un medico del Canada à molto vantato in questi ultimi tempi la combinazione dell'oppio e delle bagnature fredde; egli consiglia di cominciare la cura dando allo ammalato una bagnatura fredda, e prolungarla di molto per provocare una sincope. Allora si avvolge il paziente nelle coperture di lana molto asciutte e ben calde, e si amministra una pozione composta di vino caldo ed oppio ad alta dose: si ripiglia la stessa medicatura di tempo in tempo, subito che lo spasmo si riproduce. I tonici, gli evacuanti sono mezzi che non saranno inpiegati che per obediare ad una speciale indicazione.

La teoria indica che le ispirazioni di etere o di cloriformio debbono essere utili; però i risultati ottenuti sin ora sono troppo poco precisi e spesso contraddittori, e novelle esperienze sono ancora necessarie.

Quando il tetano è traumatico, bisogna praticare gli sbrigliamenti necessari, estrarre i corpi estranei, e calmare la infiammazione con i mezzi analoghi.

Natura, sede. — Il tetano, pel suo corso, per i suoi accessi e la mancanza di qualunque lesione materiale, non potrebbe collocarsi in altro luogo che nelle nevrosi della midolla. Non si può sconoscere l'analogia che esiste tra esso e gli accidenti convulsivi prodotti dalla noce vomica. Fondandosi sulle esperienze del Signor Flourens, il quale à veduto questa sostanza spiegare specialmente la sua azione sulla midolla allungata, si potrebbe supporre che il tetano è una nevrosi di questa porzione del cordone rachidiano.

DI UNA FORMA PARTICOLARE DI CONVULSIONE CHIAMATA CONTRATTURA DEGLI ESTREMI

Nel 1831, Dance descrisse, sotto il nome di *tetano intermittente*, una malattia che molto somiglia al tetano ordinario, e caratterizzata dalla contrazione degli estremi. Tosto questa singolare malattia, che Dance aveva indicata nello adulto, fu trovata nel fanciullo, e fissò l'attenzione di molti abili osservatori, specialmente de' signori Tonnellé, Delaberge e Murdoch, i quali pubblicarono su di ciò interessanti ricerche inserite nella *Gazette médicale* del 1832 e nel *Journal hebdomadaire* del 1835. Questa malattia, che pochi conoscevano, e della quale, non a

veva potuto raccogliere che alcune osservazioni, è divenuta, da alcuni anni, molto più comune, e si è riprodotta sì spesso nel 1842 e nel 1843, che à costituito quasi una piccola epidemia, almeno nelle sale dell' Hotel-Dieu. Dietro alcuni fatti, osservati la maggior parte in quest' epoca, i Signori Tossier, Hermel, Imbert Goubeyre e Delpèch l'anno descritta, i due primi nel *Journal de médecine*, gli altri nelle loro tesi inaugurali (1844 e 1846). I signori Barthéz e Rilliet, avendo avuto occasione di osservarlo all'ospedale des *Enfants*, gli hanno pure consacrato un capitolo nella loro opera.

Anatomia patologica. — Del pari del tetano propriamente detto, la contrazione degli estremi non si liga necessariamente ad alcuna lesione materiale de' nervi o de' centri nervosi; ciò vien provato specialmente dalle osservazioni de' signori Tonnellè, Delaherge, Rilliet e Barthéz: però in alcuni casi rari, de' quali uno ci appartiene, la midolla spinale era ammolita, fluente in una parte della sua estensione. Ma in ragione della sua rarità, è impossibile fare di questa lesione il carattere anatomico della malattia: è cosa più razionale considerarla siccome una complicazione o come una lesione consecutiva.

Sintomi, corso. — Una sola volta abbiamo veduto la contrattura manifestarsi bruscamente, a tal punto che lo ammalato lasciò cadere l'oggetto che teneva nelle mani, e che da quel momento gli fu impossibile potersi applicare ad alcun travaglio. Però un simile sviluppo è raro; quasi sempre, per lo contrario la contrattura si manifesta lentamente, preceduta qualche volta da alcuni prodromi, come mal'essere, spezzamento, stanchezza, cefalalgia, vertigini. Tosto lo ammalato si lagna di un incomodo nell'atto di muovere le sue dita, egli soffre trafitture, stiramenti nell'avambraccio, crampi nel polpaccio della gamba. Questi accidenti possono cessare e ritorne alternativamente prima che la contrazione si stabilisca definitivamente. Questa comincia forse sempre da uno delle membra superiori o da tutte due; queste parti sono qualche volta le sole colpite, e quando lo sono simultaneamente colle membra inferiori, è sempre con maggiore intensità che in queste ultime.

La contrazione una volta stabilita, le dita sono piegate nella palma della mano; qualche volta lo sono completamente ed allora il pollice è quasi sempre ricoverto dalle altre dita, o pure le dita, incompletamente piegate, sono allontanate, e danno alla mano la forma e lo aspetto di certi artigli di ferro; infine più di rado le dita sono stese e ravvicinate come lo sono nell'atto di scrivere. I pugni sono pure trascinati nella flessione sull'avambraccio; l'articolazione della spalla è quasi sempre libera, come pure quella del gomito; però alcune volte queste giunture sono inflessibili, imbarazzate.

Quando le dita sono completamente piegate, torna impossibile, a mal grado qualunque sforzo, poterle estendere; ciò si ottiene quando la contrazione è meno forte: però in tutti i casi, questi tentativi sono molto dolorosi. I muscoli in tal guisa contratti, sono resistenti, e qualche volta della durezza del legno spesso formano un rilievo considerabile al di sotto della pelle; sono la sede di dolori più o meno vivi che si esacerbano di tempo in tempo sino a strappar i gridi agli ammalati. Questi dolori si propagano spesso in tutta la estensione del membro. Una volta calmati (il che coincide quasi sempre con una diminuzione nella contrazione), gli ammalati non accusano che inflessibilità ed incomodo nell'avanbraccio. Durante queste crisi e ne' loro intervalli, le dita sono qualche volta la sede di formicolii; incomodi; la sensibilità vi è molta ottusa, e quando la flessione è completa e dura a questo grado per molto tempo, si vede qualche volta un poco di arrossimento, più di rado un poco di edema al livello delle articolazioni.

Quando la contrazione occupa le membra inferiori, o piuttosto le gambe ed i piedi, le dita grosse sono ora piegate ora distese, ma immobili in questa posizione. Il piede è nella estensione forzata sulla gamba, i muscoli poplitei sono duri e protuberanti; esistono gli stessi dolori, le stesse sensazioni, la stessa difficoltà delle membra superiori quando si vogliono radrizzare.

In generale, questa malattia non si accompagna a febbre; però a luogo il contrario qualche volta, specialmente quando i dolori sono vivissimi. In tutti i casi, e se non esiste alcuna complicazione, il movimento febbrile è moderatissimo. Non esiste alcun disturbo notabile nelle altre funzioni; il più delle volte però avvi inappetenza. Alcuni ammalati si lagnano di cefalalgia e di vertigini, ma non si osserva delirio. Però secondo i signori Rilliet e Barthez, le convulsioni non sarebbero rare ne' fanciulli; essi le hanno osservate tre o quattro giorni dopo la comparsa della contrazione, o pure sono segno della fine della contrazione. Generali o parziali, questi autori dicono che esse non sembrano avere alcuna influenza evidente sulla contrazione, che è continuato durante e dopo l'attacco. Non saprei se di simili accidenti siano stati mai veduti nell'adulto; però in quest'ultimo si osserva qualche volta durante le crisi, un senso di oppressione, di costringimento dello sterno, e qualche volta una vera soffogazione, come se i muscoli della respirazione fossero colpiti dagli stessi spasmi de' muscoli della membra.

La contrazione, dopo aver durato molte ore o molti giorni, cessa qualche volta completamente in modo da permettere agl'individui di riprendere le loro occupazioni: il più delle volte non avvi remittenza. Che la contrazione però sparisca completamente o che si emendi solamente, presto gli accidenti ricom-

pariscono o si aggravano, in modo da costituire veri accessi che non offrono niente di regolare nella loro intensità, nella loro durata ne' loro ritorni. In questi accessi si vede qualche volta la contrattura invadere altri muscoli di quelli delle membra; quindi abbiain già detto che essa poteva colpire i muscoli respiratori, altri l'an veduta occupare quelli delle mascelle, e Dance à notato due volte la contrazione de' muscoli addominali ed in un caso vi fu anche opistotono, con sussulti e scosse dolorose.

Durata, esiti. — Questa malattia à una durata variabilissima; essa è raramente minore di alcuni giorni, e si prolunga spesso molte settimane ed anche molti mesi, offrendo allora delle intermissioni più o meno lunghe.

Il suo esito è il più delle volte felice; appena termina colla morte una volta su trenta.

Diagnosi. — La contrazione essenziale non sarà confusa con quella che è sintomatica di un'alterazione materiale de' centri nervosi; perchè la prima offre delle intermissioni e delle remissioni, mentre che la seconda è permanente; in oltre, questa coesiste quasi sempre con molti altri disturbi de' centri nervosi.

Abbiain potuto conoscere quanto questa malattia abbia di analogia col tetano: essa ne differisce pertanto in quanto che la contrazione non occupa che le membra; che in tutti i casi essa comincia da questi, in vece che il tetano sviluppa colla rigidità de' muscoli del collo e delle mascelle. Avvi però un carattere distintivo molto più apparente tra le due malattie; in fatti si è veduto, che nel tetano non avvi intermissione, mentre che esiste nella contrazione. In oltre il tetano uccide il più delle volte, mentre che questa à quasi sempre un esito felice. Il primo è mortale quando invade i muscoli della respirazione; gli ammalati periscono, o spossati dal dolore, o pure asfissiaci, e conservando le loro facoltà intellettuali in tutta la loro integrità. Per lo contrario, ne' casi rari ove la contrazione è stata funesta, la morte à avuto luogo manifestamente pel cervello, ora nel delirio, ora nel coma. Confessiamo però, che se il tetano e la contrazione non sono due malattie identiche, esse àno per lo meno molta analogia tra loro.

Pronostico. — Da ciò che precede, si vede che la contrazione è una malattia di rado grave. La febbre, la violenza dei dolori, sono circostanze aggravanti. Il delirio è sempre di tristo augurio.

Etiologia. — Questa malattia assale soltanto i ragazzi ed i giovani. Ne' primi, essa à il suo massimo di frequenza da uno a tre anni; ne' secondi à luogo quasi sempre tra diciassette a vent'anni. Spontanea in questi ultimi, si manifesta quasi sempre in questi in mezzo alla salute, mentre che ne' fanciulli si sviluppa quasi sempre nel corso di un'altra malattia. Non è certo che un

esso vi sia più predisposto dell'altro, e malgrado la opinione del Signor Delpech non crediamo che lo stato puerperale costituisca una predisposizione a questa singolare malattia. Oltre a chè non esiste ancora niente di preciso sulle cause sia predisponenti, sia efficienti della contrattura idiopatica. Siccome lo abbiamo detto, essa regna qualche volta sotto forma di piccola epidemia; abbiamo ciò osservato a Parigi, ed è stato pur veduto nel 1846 in molte prigioni del Belgio.

Cura. — Non siamo ancora ben certi sul metodo di cura più conducente da opporsi contro la contrazione. Oltre a chè bisogna variare i medicamenti secondo il predominio di tale o tale sintomo e dello stato costituzionale. Così quando lo individuo è forte, vigoroso, quando il polso è largo, il salasso è utile: negl'individui deboli ed anemici, bisogna per lo contrario, amministrare i tonici ed i ferruginosi. Però nella maggior parte de' casi, la malattia è semplice. Hanno consigliato allora di ricorrere al metodo calmante, come i bagni tiepidi, antispasmodici, oppiati internamente ed esternamente. Diciamo però che i bagni ci son sembrati raramente utili; che spesso gli ammalati non hanno potuto sopportarli, perchè provocavano le crisi. Aggiungiamo ancora, che sin ora gli antispasmodici non sono stati affatto vantaggiosi. Diremo altrettanto dell'oppio; forse però non è stato impiegato ad alta dose. In fatti di rado ne hanno amministrato più di quindici centigramme nel corso delle ventiquattr'ore. Il medicamento che sin ora sembra essere stato più vantaggioso è la ipecacuana. Questo mezzo pare essere riuscito spesso all'ospedale *des Enfants*, ed uno de' medici più distinti ed il più giustamente venerato, il Signor Guèneau de Mussy, l'ha impiegato con successo all'Hotel-Dieu.

DELLO ESOFAGISMO

Uno de' medici più distinti de' dipartimenti, del quale la scienza compiangere la fine prematura, il dottor Mondière il quale ha dato dello esofagismo una buona descrizione negli *Archives* del 1833, definisce questa malattia un *costringimento più o meno completo e duraturo del canale faringo-esofageo, che può produrre una dispnea assoluta o impedire solamente la deglutizione de' corpi solidi o liquidi*. Questo spasmo può essere limitato alla faringe o all'esofago, o pure occupare questi due condotti simultaneamente; però questa distinzione non ha molta importanza che sotto il rapporto della sintomatologia.

Torna inutile avvertire il lettore che tutto ciò che siamo per dire si rapporterà esclusivamente allo esofagismo idiopatico, escludendo dalla nostra descrizione le disfagie sintomatiche di una in-

infiammazione della faringe e dello esofago, di una lesione organica di questi condotti, o di qualunque malattia degli organi vicini, come l'epiglottide, la laringe. Molti autori hanno fatto questa confusione.

Sintomi, corso. — Lo esofagismo si manifesta ordinariamente di botto nel colmo della salute, e più spesso in mezzo ad un pranzo, ed allora arresta il bolo alimentizio nel suo corso. Mondière osserva che questa circostanza della invasione della malattia durante il pranzo ne è spesso imposto agli ammalati, dando loro a credere che un corpo si era fermato nello esofago.

I sintomi che si osservano variano secondo il punto dello esofago che è stato affetto: così se lo spasimo occupa la faringe e la parte superiore dello esofago, gli alimenti sono tosto rigelati. La deglutizione, per lo contrario, è luogo quando l'ostacolo occupa un punto dello esofago vicino allo stomaco. In questo caso, gli alimenti potranno rimanere per qualche tempo al di sopra del costringimento, o pure essere ricondotti tosto nella bocca da un movimento di rigurgito il quale può aver luogo senza sofferenza, ma che qualche volta è seguito da un dolore vivo che comincia alla faringe e si propaga sin nello stomaco. Mondière, dal quale prendiamo in prestito questi dettagli, cita un fatto comunicatogli dal Signor Latourette, nel quale il bolo alimentizio era rimasto senza dolore nella bocca, e giungeva nello stomaco dopo una seconda deglutizione. Il fatto citato da Courant è anche più curioso, poichè si vede che il bolo alimentizio, rimanendo ancora ristretto per qualche tempo nello esofago, era ricondotto progressivamente dalla parte superiore alla parte inferiore di questo condotto, poi finalmente era respinto di botto al di fuori con violenza, e precipitato nello stomaco.

La introduzione degli alimenti e delle bevande produce qualche volta accidenti molto più gravi: quindi è che si son veduti individui non poter trangugiare la più leggiera quantità di alimenti solidi o liquidi senza cadere in una inesprimibile angoscia; gli uni perdevano la conoscenza, gli altri presentavano una specie di asfissia, il che dipendeva forse o dal perchè gli alimenti erano penetrati nelle vie aeree, o dalla compressione che esercitavano sulla trachea.

Oltre a' sintomi precedenti, i quali si manifestano solamente quando gli ammalati procurano di trangugiare, avviene degli altri che sono permanenti, e che si aggravano solo dopo la deglutizione de' solidi e de' liquidi. Così esiste comunemente sul tragitto dello esofago una specie d'incomodo, di costringimento, di dolore continuo, che dà la sensazione di un corpo estraneo arrestato e che provoca degli sforzi di espettorazione o di vomito. Si è pur anche indicato il singhiozzo siccome un sintomo molto

comune in questi casi. Mondière à detto che lo spasimo propagandosi spesso agli organi respiratori si vedevano unirsi a tutti i sintomi già indicati tutti i fenomeni di una imminente soffogazione. Infine in questo caso l'eretismo nevroso è divenuto generale e portato al massimo grado, specialmente quando la immaginazione degli ammalati è colpita, ed i sintomi d'idrofobia si appalesano.

Lo spasimo dello esofago, come la maggior parte delle altre nevrosi, presenta un gran numero di anomalie. Quindi dice egli, ora le bevande calde passano più facilmente delle fredde, ora à luogo il contrario; più spesso i soli liquidi possono essere trangugliati, altra volta le sole sostanze solide. Hoffmann cita pure un esempio di una donna la quale fu tormentata per lungo tempo da un esofagismo rimarcabile in quanto che nel principio non vi era che l'ultimo bolo alimentizio il quale era arrestato nello esofago; per farlo penetrare nello stomaco, era obbligata di bere molto. Courant à pure osservato che gli ammalati trangugiano qualche volta gli alimenti dopo che si sono masticati lentamente e per molto tempo, ed ingannato, per così dire, lo spasmo della faringe, profittando del momento favorevole per operare la deglutizione.

Durata, esito. — Lo spasmo dello esofago e della faringe non à alcuna durata fissa: quindi può dissiparsi dopo alcune ore, siccome Monro ne cita un esempio, o durare molti giorni interi senza rimettere; si è pur veduto per lo spazio di dodici giorni senza mai cessare. Ne' casi in cui la malattia si prolunga di molto, gli accidenti non si riproducono che a certi intervalli: si dice averli veduti qualche volta in modo regolare.

Lo spasmo dello esofago non pare che sia terminato mai colla morte se non che in casi rarissimi; ciò spiega il perchè non abbiamo alcun schiarimento sulle lesioni concomitanti che potrebbero esistere.

Diagnosi. — La diagnosi dello spasimo dello esofago non offre d'ordinario alcuna difficoltà. Il suo sviluppo brusco, che à luogo comunemente durante il pranzo, stabilisce una differenza specchiatissima tra la disfagia nervosa e quella sintomatica di una infiammazione o di una lesione organica. Aggiungiamo che in quest'ultimo caso, l'ostacolo essendo permanente, la disfagia rimane quasi la stessa, mentre nello spasmo varia, siccome lo abbiám veduto, da un momento all'altro, ed offre nel suo corso moltissime anomalie. Nello esofagismo vi può essere ritenzione degli alimenti, come se vi fosse paralisi della faringe o dello esofago: però non si confonderanno due stati morbosi così opposti, perchè nell'ultimo non avvi rigurgito degli alimenti, ed il cateterismo non fa conoscere un ostacolo in alcuna parte.

Prognostico. — Il pronostico dello esofagismo non è grave; addiuviene un sintomo pericoloso solo quando si accompagna a idrofobia.

Etiologia. Lo esofagismo si osserva in spezieltà negli individui nervosi, irritabili, colpiti già da qualche nevrosi, come la ipocondria; però si osserva specialmente nelle isteriche. Le scosse morali, vive, istantanee, specialmente lo sdegno sono quasi le sole cause occasionali la cui azione sia ben dimostrata. Si trovano negli annali della scienza molte osservazioni le quali provano la influenza della immaginazione: così si parla d'individui i quali, morsi da cani che credevano rabbiati, sono stati affetti da esofagismo con alcuni sintomi d'idrofobia.

Lo esofagismo à luogo qualche volta come effetto sintomatico nel corso di molte malattie, specialmente ne' casi di cancro dello stomaco, nelle affezioni del cervello, dell'utero; in fine avvi un esofagismo il quale si manifesta qualche volta nel corso del reumatismo, e che dipende molto meno da una nevrosi che dal perchè le fibre muscolari della faringe o dello esofago partecipano esse stesse della malattia reumatica.

Cura. — Gli autori insistono con ragione specialmente sugli antispasmodici ed i narcotici. Hanno in preferenza raccomandato la canfora e l'assa fetida per clisteri. I narcotici sono amministrati nello stesso modo, o pure applicati esternamente sotto forma di cataplasmi (giusquiamo, cicuta); per frizioni (con laudano, o pomate contenenti oppio o belladonna), o pure denudando la pelle della parte inferiore del collo e facendo assorbire una piccola quantità di un sal di morfina. Gli autori hanno pure raccomandato le bevande ghiacciate, o far sciogliere de' pezzetti di ghiaccio nella bocca: questo mezzo in fatti è riuscito molte volte. Però il metodo che sembra aver prodotto maggiori successi nelle mani di Mondière, è la introduzione della sonda. Si sa che il cateterismo è usitatissimo ne' restringimenti spasmodici dell' uretra, e la utilità che si à in questi casi à senza dubbio risvegliato la idea di seguire lo stesso metodo per lo esofago. I casi felici sono oggi numerosissimi; sono stati rapportati specialmente da Ev. Home, Autenrieth, Monro, Abercrombie, Howship, Stevenson. Un distinto medico di Parigi, il Signor Bondart, me ne à citato un esempio osservato dallo stesso. Una sola introduzione della sonda è stata sufficiente per ottenere una guarigione completa ed immediata, il chè ebbe luogo, per esempio, nella persona di cui il Signor Bondart mi à fatto parola; il più delle volte però bisogna ripetere molte volte la operazione.

Se la sensibilità e la irritabilità dello esofago erano tali che la introduzione della sonda producesse dolore o tornasse impossibile, bisognerebbe, secondo il consiglio di Mondière, nel pri-

mo caso, ungere lo strumento coll'estratto di belladonna; nel secondo, si farebbe uso di una sonda voluminosa, che si lascerebbe per qualche tempo in contatto colla parte ristretta, siccome Dupeyren lo praticava per i restringimenti spasmodici dell'uretra che non poteva sormontare a primo colpo. Se la immaginazione fosse la causa prima della malattia, bisognerebbe mettere in pratica la medicina morale.

DELLA COREA

Sinonimia. — Dansomania, coremania, ballo di San Guy, di San-Weit o di San Vito, dal nome di un Santo venerato presso Ulm in Suaba, alla cappella del quale gli ammalati si portavano in pellegrinaggio.

La corea (da *χορεία*, ballo), è una malattia apiretica, caratterizzata da movimenti irregolari ed involontari, parziali o generali e più specialmente de' muscoli delle membra e della faccia.

Storia. — Egli è certo che la corea è stata affatto ignorata dagli antichi medici; noi crediamo che per una interpretazione forzata Sauvages à rivendicato in favor di Galeno l'onore di averla descritta il primo, sotto il nome di *Scelotribo*. Solamente verso la fine del XV.^o secolo o al principiar del XVI.^o la corea cominciò ad essere conosciuta; F. Plater, Horstius, Sennert, furono i primi ad occuparsene; le loro ricerche furono completate più tardi da Sydenham, da Cullen, Dower, Mead, ec. Non ostante però questi lavori, la malattia era appena conosciuta in Francia nel tempo di Luigi XV, poichè Lieutaud ne negò per sino la esistenza. La lacuna che esisteva nella nostra letteratura su di ciò non è stata realmente empita che nel 1810 epoca nella quale Bouteille pubblicò una monografia eccellente, e che anche oggi è il lavoro più completo che abbiamo. Dopo questo autore diversi medici hanno prodotto in Francia alcuni distinti lavori. Citeremo in primo luogo una memoria del Signor Rufz negli *Archives* del 1834, la tesi del Signor Duffossé (1836), l'articolo molto ben fatto del Signor Blaché nel *Dictionnaire de médecine*; quello de' signori Rilliet e Barthez nel loro *Traité clinique des maladies de l'enfance*.

Anatomia patologica — Allo sparo del corpo da' coreici non si trova, nella maggior parte de' casi, alcuna distinta lesione nel cervello, nella midolla nè i loro involucri. Io ho trovato tutte queste parti nello stato normale presso due individui morti nel 1834 e 37. Lo stesso è accaduto su dieci cadaveri aperti da Dugès e Ollivier (d'Angers), da' signori Rostan Rufz e Blache. L'anatomia patologica comparata conferma questi primi risultati; quindi il Signor Delafond avendo sparato alla scuola d'Alfort

molti animali, e specialmente alcuni cani sacrificati a diverse epoche di coree confermate, non à trovato alcuna manifesta lesione ne' centri nervosi, ne' loro involucri nè ne' nervi e nelle loro divisioni, nè in alcun altro organo, parti che tutte à esaminate colla massima cura.

Intanto, la corea, del pari del tetano e delle altre nevrosi può accompagnarsi ad alcune lesioni de' centri nervosi: uno dei miei antichi condiscepoli, la cui memoria mi è sì cara, il dottor Gendron, medico distinto a Chinon, à trovato nelle giovanette coreiche, morte nel 1834 all' ospedale *des Enfants*, la midolla spinale ammollita al livello della region cervicale (vedi la sua tese, 1835). Il Signor Guersant à trovato pure la stessa lesione in due ragazzi. Il Signor Serres, avrebbe osservato, dicesi, diverse alterazioni ne' tubercoli quadrigemini (tumor lardaceo, inietamento infiammazione). Il Signor Monod à veduto una ipertrofia della midolla, e diversi medici ànno trovato nel cervello e nella midolla de' tumori e diverse concrezioni. Però questi fatti, sebbene in piccol numero, provano che la corea, siccome la maggior parte delle altre nevrosi, può, in alcuni casi rari, essere sintomatica. Nella lista delle lesioni data dagli autori, non abbiám parlato del siero, che il Signor Prichard avrebbe incontrato in maggior abbondanza verso i centri nervosi de' fanciulli morti di corea, perchè nessuno à veduto questa lesione; il signor Delafond l' à cercato in vano negli animali; e temo che il Signor Prichard si sia lasciato ingannare dalla quantità di liquido cefalo-rachidiano che esiste naturalmente in maggior quantità nei fanciulli che nello adulto. Forse questo spandimento dipendeva dalla lunghezza dell'agonia.

Sintomi, corso. — In alcuni casi rarissimi, si è veduta la corea sviluppar di bottó; però ciò à luogo solo quando la malattia si manifesta in seguito di una mozione, come nno spavento. Quasi sempre la corea si dichiara lentamente, progressivamente. Alcuni fanciulli, prima di presentare i disturbi della motilità, sono più irritabili, più impetuosi del solito. Però alcuni movimenti disordinati tosto ànno luogo nelle diverse parti del corpo: così gli uni fanno le smorfie, ànno un ticchio nella faccia; altri non possono rimanere in un luogo e muovono mai sempre la gamba o il braccio, specialmente del lato sinistro. Più deboli e meno padroni de' loro movimenti sono più goffi; cadono più facilmente; caminando trascinano la gamba, o non possono prendere un oggetto senza lasciarlo cadere o rompere. Tutto ciò attira loro i rimproveri, i castighi per parte de' loro parenti, i quali non conoscono questi atti come lo indizio di una malattia, ma come lo effetto della volontà o delle cattive abitudini. Però la corea non tarda a meglio caratterizzarsi. Le parti affette divengono allora la sede di sussulti, di scosse, di movimen-
ti

irregolari, disordinati, affatto involontari, e che offrono certe particolarità, secondo i punti del corpo ove si mostrano. Alla faccia, sono smorfie e bizzarrissimi contorcimenti; se la malattia affetta le membra superiori, queste si portano in tutti i sensi; la più energica volontà non può diminuire questi movimenti. Se gl'individui vogliono bere, dice il Signor Blache, il loro bicchiere non può giungere sino alla bocca che dopo una successione di movimenti angolari, opposti nel loro principio, de' quali gli uni volontari, tendono a ravvicinare il vaso alla bocca, e gli altri involontari ne lo allontanano. Giunto finalmente sulle labbra, lo prendono co'denti e lo vuotano precipitosamente, quasi ad un tratto, temendo che un novello movimento convulsivo non lo allontanasse. Quando le membra inferiori sono affette, gli ammalati camminano irregolarmente; sieguono difficilmente una linea retta; camminano a zig zac; le loro gambe s'imbrogliaano, e presentano spesso una specie di saltellare, che è dato alla malattia il nome che porta. Se i muscoli del collo partecipano dello stesso disordine, la testa dondola da una parte all'altra, in avanti, in dietro; o pure osserva un movimento di rotazione quasi continuo, come quello che si vede in certi uccelli.

Quando la malattia è giunta al più alto grado, la faccia è in uno stato di perpetua agitazione; gli occhi sono in una continua rotazione; la presa degli oggetti è affatto impossibile, gli ammalati non possono più camminare nè tenersi ritti, cadono e spesso rotolano in tutti i sensi senza potersi rialzare: si è obbligati di metterli sul letto, e di mantenerli col busto di forza. Però i movimenti continui producono finalmente le escoriazioni sulle membra ed alla parte posteriore del tronco; le braccia, portate da un lato e dall'altro, ed urlando ne'corpi vicini, divengono pure la sede di contusioni.

Spesso allora i muscoli della lingua, della laringe e della faringe partecipano al disordine: in questi casi gli ammalati spingono di tempo in tempo la lingua fuori la bocca e la ritirano con un movimento brusco, ondato. La loro parola è difficile, imbarazzata, provano una specie di balbuzie; altri non possono articolare alcuna parola; avviene di quelli, dice il Signor Blache, che fanno sentire una specie di latrato; infine lo spasmo invadendo qualche volta i muscoli della faringe, la deglutizione diviene più o meno difficile ed irregolare.

In generale i movimenti convulsivi aumentano colle emozioni e cogli stimolanti; ma la temperatura non li modifica affatto. Comunque intensi essi sieno, diminuiscono di molto e qualche volta cessano durante il sonno. Questo non è sempre regolarissimo. In fatti non è cosa rara che gli ammalati siano tormentati da lunghe veglie; nonostante ciò e malgrado la estensione e la continuità de'movimenti, quasi tutti non si lagnano di alcuna stanchezza.

Nella corea, si osserva quasi sempre, cioè diciotto volte su venti, secondo il Signor Dufossé, qualche disturbo nella sensibilità morale: così gli ammalati sono irritabili, piangono e ridono senza motivo. Secondo Georget e Bouteille, le facoltà intellettuali sarebbero sempre più o meno indebolite; ma ciò, siccome l'osservano i signori Blache, a Bouillaud, non sembra aver luogo in modo così generale siccome si è preteso. Le palpitazioni, la disuria, la cardialgia, i dolori alla nuca, che diversi autori indicano come fenomeni costanti o comuni nel corso della corea, sono anzi rari; e quando esistono, sono forse indipendenti dalla malattia.

Nella corea, la respirazione è libera; non avvi febbre, e le funzioni digestive non presentano alcun disturbo.

La corea è raramente generale di botto. In fatti il più delle volte i disturbi sono limitati per qualche tempo ad una sola parte, come la faccia, o pure ad una o molte membra. Nella maggior parte de' casi, il disturbo della motilità comincia dalla metà sinistra del corpo, ed invade consecutivamente il lato opposto. La corea doppia è la più frequente, secondo i signori Barthez e Rilliet, il ché è conforme a ciò che abbiamo veduto noi stessi. Quando la corea è parziale, occupa quasi sempre il braccio e la gamba sinistra, o pure solamente il membro superiore. L'abbiamo veduta una volta limitata alle membra inferiori, ma più distinta nel lato sinistro. Bouteille rapporta un caso di corea crociata, nella quale il braccio di un lato e la gamba di un altro erano simultaneamente affetti. In alcuni ammalati, la corea è limitata a' muscoli del collo, della faccia; può essere anche più limitata ed assalire solamente i muscoli dell'occhio.

La corea siegue quasi sempre un corso continuo; si aggrava durante qualche tempo, poi rimane stazionaria. In fine decresce, o pure presenta delle alternative molto irregolari. Bouteille ed il Signor Ruz hanno citato ciascuno un caso di corea periodica, che si manifestava tutti i giorni al meriggio per finire alle sei ore della sera.

Le malattie intercorrenti non sembrano modificare la malattia sotto il rapporto della sua intensità o della sua durata. Questo risultato, indicato dal Signor Ruz, è conforme a quello che abbiamo veduto; però può aver luogo il contrario: tale è il caso citato da Stoll di due giovanette, le quali, colpite da una febbre petecchiale nel corso di una corea, videro questa diminuire e cessare nello stesso tempo della piressia.

La corea una volta guarita può recidivare facilissimamente.

Durata. — La corea è una variabile durata; cede raramente prima di uno o due settenari; il più delle volte dura una o due mesi. Qualche volta è un corso cronico; allora dura in modo indefinito. Tale è il fatto riportato dal Signor Rostan di

una donna che morì a cinquant'anni di una corea dalla quale era affetta dall'età di sette anni. In generale, le coree croniche sono parziali, e molte si ligano a qualche lesione materiale dei centri nervosi.

Esiti. — La corea termina quasi sempre col ritorno della salute. Però qualche volta quando è intensissima, quando il disordine de' movimenti è estremo, si veggono gli ammalati depauperarsi e perire. I signori Barthez e Rilliet pensano che gli ammalati periscono allora per asfissia. Noi crediamo piuttosto che la morte abbia luogo per depauperamento. L'esito fatale a luogo in questi casi molto rapidamente; esso è annunziato da un dimagrimento ed un' alterazione rimarcabile de' tratti che hanno luogo quasi di botto; è questa una circostanza che il nostro amico il dottor Gendron (de Chinon) ha indicato con molta cura. Però quasi tutti i coreici che periscono, muoiono per una malattia intercorrente.

Diagnosi. — La corea à tali fenomeni che non potrebbe essere confusa con alcun'altra malattia conosciuta. Però al suo sviluppo, in ragione della debolezza delle membra, si crede qualche volta alla esistenza di una paralisi: ma non solo nella prima la sensibilità è sempre intatta, ma esaminando attentamente gli ammalati, tosto si distinguono piccoli movimenti irregolari affatto caratteristici. Se la malattia si sviluppa da' muscoli della lingua, si potrebbe pure cadere in errore, e riportare lo imbarazzo della parola a qualche lesione grave del cervello. Ma la rapida estensione della malattia agli altri muscoli e la mancanza degli altri disordini sintomatici delle malattie cerebrali renderanno chiara la diagnosi. Siccome verrà detto in prosieguo, la corea si distinguerà facilmente dal tremito senile e da quello che determinano gli eccessi alcoolici e venerei, come anche dalle emanazioni mercuriali e saturnine.

Pronostico. — La corea non è una malattia grave in generale. Quella che è recente, quella che à luogo nella infanzia è più facilmente curabile, si guarisce pure con maggior facilità quella che è generale o che invade una metà del corpo anziché quella che è localizzata ad una parte della faccia o ad un membro. Il pronostico è grave quando l'agitazione è estrema, continua; quando la malattia passa allo stato cronico, specialmente se si complica ad epilessia o è sintomatica di qualche lesione de' centri nervosi: nell'uno e nell'altro caso, la malattia è incurabile.

Etiologia. — Tutti sono di accordo per considerare la corea come una malattia molto più comune nella infanzia che nelle altre età. La sua frequenza non è però la stessa, in tutti i periodi della infanzia: in fatti quasi sconosciuta prima di sei anni à il suo massimo di frequenza da sei a quindici. Le ragazzette

vi sono più predisposte de' ragazzi: si considera pure una costituzione nervosa ed irritabile siccome quella che favorisce lo sviluppo della malattia. La corea si sviluppa forse più spesso in età che in inverno; nulla si conosce sulla influenza de' climi. Bouteille ha considerato la corea meno come uno stato contro natura che come una pubertà difficile a determinarsi: però questa opinione tutta teorica è stata vittoriosamente combattuta dal Signor Ruz, il quale avendo dimostrato che la malattia era così comune da sei a dieci anni che da dieci a quindici, ha provato perciò che era poca logica la teorica di rapportare ad una causa la manifestazione di un male che sviluppasi tre o quattro anni prima della sua esistenza.

Tra le cause determinanti che possono provocare lo sviluppo della corea, hanno specialmente indicato lo spavento e l'onanismo. Siccome molte altre nevrosi, essa può, specialmente nei ragazzi, svilupparsi per imitazione. La malattia pare abbia regnato qualche volta epidemica; ciò è stato osservato pochi anni fa in un villaggio del Tirolo. E' cosa dubbia però che alla corea si potessero rapportare certe epidemie di cui Plinè, Mézeray, Cullen han parlato, nè a quelle malattie nervose che regnano sì spesso nel medio evo, e che il Signor Hecher ha voluto rapportare alla nostra corea. Alcuni medici, specialmente in Inghilterra, han creduto trovare una relazione di causa ad effetto tra il reumatismo, specialmente quello con endo-pericardite e la corea; però sin ora torna impossibile vedere là altra cosa meno che una semplice coincidenza.

Cura. — Dalle idee teoriche e generalizzando ciò che non appartiene che ad alcuni casi eccezionali diversi autori sono stati indotti a proporre i salassi nella cura della corea. Quindi Sydenham salassava e purgava per evacuare, diceva egli, un umore che irritava i nervi. Bouteille salassava meno di Sydenham; egli faceva uno, due e giammai più di tre salassi di 120 a 380 gramme circa; impiegava questo mezzo meno a titolo di evacuare che come calmante ed antispasmodico. In fine quelli i quali, come Serres, han veduto nella corea una congestione o una malattia materiale de' centri nervosi hanno prescritto le sanguisughe alla nuca, alle tempie; le ventose i cauteri lungo la colonna. Ma questi mezzi debilitanti sono piuttosto capaci di aggravare il male aumentando la suscettibilità del sistema nervoso. Non bisognerà dunque ricorrere alle evacuazioni delle sanguisughe se non quando lo individuo è forte, pletorico, o se qualche complicazione lo richiede; dicasi lo stesso de' purganti, vantati da Hamilton. Passeremo sotto silenzio i rivellenti cutanei lungo la colonna, consigliati da Chrétien di Montpellier e dallo Americano Byrne, perchè questi mezzi hanno avuto sin ora una dubbia efficacia. Laënnec e Breschet, imitando la pratica di alcuni medici italiani sem-

bra abbiano ottenuto alcuni buoni risultati dallo emetico ad alta dose; però questo mezzo, che bisogna continuare per molto, è forse un poco violento per i ragazzi, quindi vorremmo che si mettesse in pratica solo quando i mezzi più blandi an fallito. Oltre a chè, essendo io stato testimone di alcuni saggi tentati da Breschet, non abbiamo veduto in questo medicamento alcun vantaggio. I medicamenti che vantano maggiori successi sono gli antispasmodici, i narcotici ed i tonici. Tra i primi, si trova in primo posto la valeriana, raccomandata da Bonteille e Murray, si amministra in polvere da una mezza gramma sino a molte gramme, che si fa prendere nel mele o nelle confetture. Bayle ed il Signor Jadelot si lodano dell' uso dell' assafetida, che si amministra alla dose di 1 a 3 o 4 decigramme. Il Signor Fouquier, secondo la testimonianza del Signor Blache, oltrepasserebbe questa quantità, perchè egli ne darebbe sino a 4 gramme e più nel corso del giorno. In fine a questi mezzi aggiungeremo l' ossido di zinco, che si amministra in pillole da 30 centigramme sino ad una gramma nel corso delle ventiquattr' ore. Tutti questi medicamenti sembrano dover essere utili qualche volta senza avere però grande efficacia. I bagni tiepidi prolungati, e specialmente i bagni freschi o freddi, con aspersione o senza, anno goduto e godono ancora di una certa riputazione. Coll' infusione di valeriana, il bagno era il mezzo al quale il Signor Dupuytren accordava la preferenza; egli aveva per uso di far prendere lo ammalato da due uomini vigorosi i quali, tenendo il paziente pel braccio, qualunque fosse la stagione, lo facevano passare cinque, sei o otto volte tra due lamine di acqua alla temperatura di 10 a 15,° immergendo prima la testa. Ho veduto alla clinica di questo gran chirurgo molti indubitati successi.

L' oppio è stato molto raccomandato, però manca qualche volta. Lo abbiamo non pertanto amministrato in cinque ammalati all' età di quindici a venti anni, ed abbiamo modificato la malattia, in modo talmente rapido, che ci è stato impossibile sconoscere l' azione favorevole del medicamento: dapprima lo amministriamo alla dose di 1 decigramma in quattrò pillole; poi aumentiamo la dose, senza oltrepassare 3 decigramme nel corso delle ventiquattr' ore; crediamo però che potrebbesi andar più lungi. Però non sapremmo imitare l' arditezza del Signor Trouseanu, il quale à dato in un sol giorno 1 gramma di oppio e sino a 40 centigramme di morfina. Questo dotto professore è abituato di amministrare 25 milligramme di oppio di ora in ora, sino a che i movi menti convulsivi sieno notabilmente calmati e che vi abbia principio di ebrezza, poi mantiene lo ammalato in questo stato di avvelenamento per lo spazio di cinque o otto giorni, e dopo averlo lasciato riposare alquanto, riprende lo stesso medicamento. Egli afferma che raramente dopo quindici giorni

di questa cura, la corea non è talmente modificata, da poterla abbandonare alla natura perchè questa termini la guarigione in poco tempo.

La medicatura tonica si compone specialmente dalle preparazioni di chinachina e de' ferruginosi; è stato vantato in preferenza il sottocarbonato di ferro. A questi mezzi bisogna unire i bagni solforosi, raccomandati da Baudelcque, e che in fatti sono i mezzi più efficaci che si potessero impiegare (120 gr. di solfuro di potassa in un bagno ordinario).

Passeremo sotto silenzio i mezzi violenti, pericolosi, come l'azotato di argento, le cantaridi, l'acido idrocianico, medicinali i quali non hanno alcuna utilità dimostrata. Hanno pur vantato, specialmente in Inghilterra, le preparazioni arsenicali cominciando da una piccolissima dose come un centesimo di granello di arseniato di potassa; ma l'uso di questo metodo pericoloso non potrebbe essere giustificato che ne casi che si sono mostrati ribelli a tutti gli altri agenti. Forse dicasi lo stesso della noce vomica che il Signor Trousseau ha recentemente raccomandata dopo essere stata già impiegata da' signori Lejeune, Niemann, Cazenave e specialmente da' signori Foulhox e Rougier. Il Signor Trousseau preferisce il solfato di stricnina, ch'ei scioglie in uno sciroppo nella proporzione di 5 centigramme per 100 gramme di sciroppo; egli dà dapprima 10 gramme ed aumenta tutti i giorni di 5 gramme, sino a che manifestasi la rigidità muscolare; si aumenta in seguito o si diminuisce secondo lo effetto prodotto. Dando termine chiameremo pure l'attenzione sull'uso della elettricità la quale dopo essere riuscita nelle mani di Dehaën, di Sigaud-Lafond, è stata messa in uso di bel nuovo dal dottore Andrieux e dal Signor Magendie. In fatti questo mezzo merita di essere ancora sperimentato.

Chechè ne sia la cura che si adotta, bisogna trovare un possente ausiliario nel regime. Verso la fine della malattia bisognerà consigliare gli esercizi ginnastici, per rompere l'abitudine viziosa contratta da' muscoli. Nello stesso scopo si eserciteranno le dita ad alcuni lavori o ad alcuni giuochi che richiedono precisione; le lezioni di pianoforte danno quasi questo risultato. Ho avuti vantaggi positivi.

DEL TREMITO

Il tremito, dice G. Frank, consiste in una rapida oscillazione, per la quale le membra sono continuamente agitate in sensi contrari da movimenti eguali di va-e-viene.

Sintomi, corso. — Il tremito può essere generale, o limitato ad alcune parti del corpo, come la testa, uno o due mu-

scoli, il che osservasi spesso alla faccia; esso è continuo o periodico; si calma e si sospende durante il sonno per ritornare durante la veglia. Esiste spesso in modo continuo, ma qualche volta sparisce quando gli ammalati sono in riposo, per ritornare quando sono in attività. In generale le emozioni vive, il calore, l'uso degli eccitanti diffusivi e gli eccessi venerei lo aumentano di molto. Il tremito cessa ordinariamente quando la parte affetta è sostenuta, ma qualche volta à luogo il contrario.

Il tremito varia molto in quanto alla sua intensità; in fatti può essere appena percettibile, o avere una violenza tale che gli ammalati non possono più tenersi su i loro piedi, nè prendere alcun corpo colle mani; la testa può portarsi costantemente da avanti in dietro, o pure da un lato all'altro; o pure ancora esegue un movimento di rotazione de' più penosi. Se il tremito affetta i muscoli che concorrono all'articolazione de'suoni la parola è ondata, e più o meno imbarazzata.

Il tremito à una durata variabile; può essere momentanea, o durare in modo indefinito e divenire iacurabile; tale è quello che dipende dalla età, come anche il tremito che dipende da una causa tossica.

Diagnosi. — Il tremito sarà facilmente distinto dalla corea; perchè in questa, sono sussulti, scosse, movimenti bruschi, multiformi, mentre nel tremito, i movimenti si avvicinano di più a quelli che sono volontari. Essi si eseguono, dice G. Frank, con una specie di eguaglianza, ora in alto, ora in basso, ora sull'altro lato.

Pronostico. — Il tremito non compromette mai la vita per se stesso, ma costituisce generalmente una malattia ostinata e spesso incurabile: quando si mostra in una persona ben portante, e limitata ad una o due membra, indica qualche volta una incipiente paralisi. A cose eguali però, quello che è recente è meno pericoloso di quello che risale ad un'epoca lontana; quello che è circoscritto è meno ribelle di quello che è generale: quello intermittente si guarisce più facilmente del continuo; in fine nel pronostico a darsi, si avrà riguardo alla età degli individui ed alle cause che hanno prodotto la malattia.

Etiologia. — Il tremito à luogo spesso in seguito di una viva emozione dell'animo, della impressione del freddo, di una scossa prodotta da una contusione della colonna spinale; spesso è lo effetto di cause che sopraeccitano ed indeboliscono il sistema nervoso, come gli abusi venerei e specialmente l'onanismo, l'uso smodato del thè, del caffè e specialmente de' liquori fermentati; l'oppio preso ad alta dose ed in modo continuo agisce nello stesso modo. Il tremito, siccome lo abbiamo veduto, affetta frequentemente gl'individui esposti alle emanazioni saturnine e

mercuriali (vedi alla fine del tomo 1°. la storia del tremito mercuriale). In fine il più delle volte è lo effetto della età; può mostrarsi allora ad un'epoca più o meno avanzata della vita; in fatti avvi delle persone che ne sono affette di buon mattino.

Cura. — Prima di tutto bisogna sottrarre gli ammalati alle cause che han prodotto il tremito; poi si cercherà a sapere se esiste qualche indicazione predominante. Così un salasso generale in un ammalato pletorico è stato sufficiente qualche volta per veder finire di botto un tremito violento venuto in seguito senza causa manifesta. Quando il tremito succede ad una contusione della colonna, si applicheranno su questa parte le coppe a vento, poi i rivellenti energici. Questi ultimi a quali si uniranno i bagni solforosi ed i bagni a vapore, come anche gli antispasmodici, converrebbero anche nelle altre specie di tremito; in fine in alcuni casi ostinati si potrebbe mettere a prova la elettricità e la stricnina (1).

(1) Si è parlato da molti anni in Alemagna di un tremito particolare delle dita della mano destra, il quale si manifesta solo quando gl'individui scrivono. Il primo caso di questo genere è stato citato dal dottor Gierl; dopo di lui il dottor Eitner ne à fatto menzione; più tardi Heyfelder ne à pubblicato due altri esempi. Albert di Berlino, Ed. di Siebold, i dottori Hardegg e Rieck ne hanno raccolto ancora molte altre osservazioni.

Questa malattia consiste in quanto che le ammalato, ogni qualvolta prova a voler scrivere, è preso da un tremito delle dita che sostengono la penna. Nel caso descritto da Heyfelder, lo ammalato poteva temperare la sua penna, tenerla lungo tempo tra le dita come per scrivere, poteva lavarsi, farsi la barba, toccare il pianoforte senza essere preso dalla malattia. Non appena toccava la carta colla penna, e cominciava a scrivere, il tremito si manifestava e diveniva qualche volta sì forte che gli era impossibile fare alcune linee da potersi leggere. Tosto che lasciava di scrivere, il tremito spariva, e spesso gli ammalati non provano alcuna sensazione dispiacevole o dolorosa nelle parti affette da tremito. Qualche volta però esiste il contrario.

Questa malattia pare che si sviluppi lentamente: sin ora non è stata osservata che negli uomini: tutti avevano più di trent'anni, ad eccezione dello ammalato di Heyfelder, il quale non aveva che sette anni.

Gli spiritosi, le affezioni dell'animo, le perdite seminali, sembrano aumentare il tremito. Questi sintomi non si sono mai potuti rapportare ad alcuna malattia determinata; quindi gli autori li hanno ravvicinati a quelli della corea. Sin ora la malattia à resistito a tutti i mezzi; solamente alcuni ammalati son giunti a scrivere mediocrementemente, uno circondando la penna di un gran pezzo di sughero, per renderla più voluminosa, un altro fissando la penna sulle dita mediante alcuni anelli metallici, ec. (Vedi Heyfelder, negli *Etudes medicales*, Stutgarda, 1835).

DELLA PARALISI

S'intende per paralisi la perdita assoluta o una notevole diminuzione del senso o del moto. La paralisi del senso è ricevuto il nome speciale di anestesia.

La paralisi può essere completa o incompleta, generale o parziale; se occupa una metà del corpo, chiamasi *emiplegia*; *paraplegia* quando gli estremi inferiori sono affetti. In fine la paralisi è detta *crociata*, quando assale un membro superiore ed uno inferiore di lati opposti. La paralisi che occupa un membro colpisce quasi tutti i muscoli indistintamente: qualche volta però la malattia spiega la sua azione soltanto sopra i muscoli destinati ad un sol ordine di movimento; ciò è stato notato, per esempio, per le preparazioni saturnine, nelle quali gli estensori de' pugni e delle mani sono specialmente ed anche esclusivamente affetti. La paralisi del senso, quando esiste sola senza lesione del moto, il che però è molto raro, occupa pure una estensione più o meno considerabile della pelle; qualche volta è disseminata, cioè che scovresi allora di distanza in distanza qualche porzione più o meno estesa de' tegumenti ove la sensibilità è diminuita o abolita.

La paralisi è, nello immenso numero de' casi, una malattia di un'alterazione materiale avvenuta ne' centri nervosi. Il Signor Chomel à detto con ragione che la paralisi del moto e del senso era, tra tutti i disordini cerebrali, quella che aveva più valore nella diagnosi delle malattie del cervello e de' suoi annessi. Così la emiplegia è un segno patognomonico di una lesione qualunque dello emisfero cerebrale opposto, come la paraplegia indica generalmente la esistenza di una malattia della midolla spinale. Però esistono nella scienza alcuni casi dove le paralisi permanenti ed anche estese non erano spiegabili per alcun'alterazione materiale de' centri nervosi; tale sarebbe ancora, dicesi, quella malattia paralitica singolare, con anasarca e dispnea che regna nelle indie, e che chiamasi, *beriberi*; malattia sulla quale non possediamo per anco alcun schiarimento preciso. La maggior parte delle paralisi essenziali, se si eccettuano però quelle prodotte dalle esalazioni saturnine e dagli eccessi venerei, sono molto circoscritte: per esempio non assalgono che uno degli organi de' sensi, che una metà della faccia ed anche un sol muscolo, come lo elevatore della palpebra superiore. Queste paralisi sono quasi sempre indipendenti da una malattia del cervello, esse si ligano quasi sempre ad una lesione materiale e qualche volta puramente funzionale di un nervo: allora è possibile, dietro la sede e la estensione della paralisi, e secondo che questa si porta esclusivamente sulla sensibilità o sul moto, determinare almeno il più delle volte, quale sia il nervo affetto.

Non dobbiamo occuparci della maniera con cui si sviluppa, e del corso della paralisi, come nè anche degli accidenti che determina sulla nutrizione delle parti affette; perchè tutti questi punti sono stati sufficientemente studiati quando abbiám parlato delle flemmasie meningee e cerebro-rachidiane, delle emorragie, degli ammolimenti e de' prodotti accidentali de' centri nervosi: in occasione di queste malattie abbiám pur cercato a sapere sino a qual punto la sede della paralisi poteva illuminarci sulla natura e la sede precisa della lesione organica. Non tratteremo nè meno di tutte le paralisie parziali che possonsi osservare nella pratica, per esservene di quelle che meritano poca considerazione, e perchè molte, come la paralisi della vescica, sono di pertinenza chirurgica.

DELLA PARALISI FACCIALE

La faccia è frequentemente paralizzata, e questa paralisi affatte ora il senso, ora il moto, qualche volta l'uno e l'altro ad un tempo. Può coincidere colla paralisi di qualche altra parte del corpo, di una o molte membra, per esempio, o pure sola.

Nel primo caso si liga sempre ad un' alterazione del cervello o delle meningi; nel secondo, essa ne è indipendente quasi sempre, e si liga ad un' alterazione, manifesta o pur no, di uno o molti nervi che si distribuiscono a questa regione. Soltanto di quest'ultima paralisi intendiamo parlare in questo articolo. Prendendo per punto di partenza la sede anatomica della malattia, descriveremo successivamente: 1.º la paralisi del nervo facciale; 2.º quella del nervo del quinto paio, 3.º quella che può assalire alcuni altri tronchi, come il motore comune ed il motore oculare esterno. C' intratteremo solamente sulla prima, la quale è incomparabilmente più frequente e più interessante a conoscersi.

DELLA PARALISI DEL NERVO DEL SETTIMO PAIO

Storia. — Non cade dubbio che gli autori abbiano osservato de' casi di paralisi facciale; ma poco versati nelle ricerche anatomiche e fisiologiche, non avevano saputo assegnare alla malattia la sua vera sede, nè scovire la sua natura. Solamente poco tempo fa e precisamente all'epoca delle immortali ricerche di Ch. Bell l'attenzione de' medici vi fissò sulla paralisia idiopatica della faccia. Appena il Signor Genest ebbe fatto conoscere in Francia il lavoro dello illustre fisiologo inglese, che il Signor Descot pubblicò nella sua tesi (1825) alcuni fatti patologici raccolti dallo stesso, o presi da diversi autori, che già davano della

malattia una idea molto perfetta. Poco tempo dopo (1830), il Signor Pichonnière pubblicò novelle osservazioni; però il Signor Montault fu quello il quale riunendo tutti questi fatti sparsi al numero di sessanta circa, compose (tese del 1831), sulla paralisi del nervo del settimo paio, il primo lavoro alquanto completo che sia comparso. Tosto il Signor Bottu, nella sua tese (1835), e più tardi il Signor Jobert, ne' suoi studi sul sistema nervoso, aggiunsero alcuni fatti novelli a quelli già conosciuti. Infine più tardi ancora, il Signor Dubois à ritrovato ed indicato la stessa malattia ne' neonati, in seguito dell'applicazione del ferecipe; su ta' fatti, raccolti quasi tutti alla clinica di questo celebre professore il Signor Landouzy à composto la sua tese inaugurale (1839). Però il lavoro più completo, la descrizione più distinta che abbiamo della malattia, è dovuta al Signor Bérard primogenito, il quale à scritto sulla paralisi facciale un articolo, inserito nel tomo XII del *Dictionnaire de médecine* e che può citarsi come un modello di descrizione e di perspicace osservazione.

Sintomi. — La malattia sviluppa spesso bruscamente; qualche volta per lo contrario, si manifesta progressivamente. Può esistere qualche tempo, senza che gli ammalati se ne avvedano; molti ne sono avvertiti quando essendo davanti ad uno specchio, si mettono a ridere o a far eseguire certi movimenti a muscoli tal quale à luogo quando si fa la barba. Questi riconoscono la malattia dalla quale sono colpiti in quanto che un lato della loro fisionomia manca affatto di espressione e si trova portata dal lato opposto quando vogliono parlare o ridere. Altri sono avvertiti della loro malattia perchè non possono più fischiare nè chiudere la loro palpebra, ec. In generale non provano alcun mal'essere, nè cefalalgia, nè dolore; però qualche volta la regione parotidea è sensibile, addolorata, alquanto gonfia; esiste una specie di flussione, ed in alcuni ammalati avvi un leggiero movimento febbrile; però questi casi sono puramente eccezionali.

Quando la paralisi facciale è completa, tutti i muscoli a' quali il nervo del settimo paio fornisce de' rami sono più o meno affetti; così il muscolo sopraccigliare e la parte anteriore del muscolo occipito-frontale cessando di contrarsi, si osserva che il sopracciglio è situato più in-basso di quello del lato opposto, ed inclinato verso la linea mediana. La metà corrispondente del fronte non può più incresparsi; il muscolo orbicolare della palpebra, essendo così paralizzato, non può più controbilanciare l'azione dello elevatore: quindi lo ammalato cessa di poter chiudere l'occhio; la palpebra superiore si abbassa di più, e l'inferiore si rovescia leggermente al di fuori: ne siegue da ciò che i punti lacrimali, specialmente l'inferiore, essendo qualche volta devianti; le lagrime non possono essere più assorbite; quindi

scorrono sulla guancia. Quest' epifora, siccome lo nota il Signor Bérard, dipende in oltre dalla mancanza di azione del muscolo orbicolare, che cessa di spargere uniformemente le lagrime sulla superficie dell' occhio. Nella impossibilità di coprire quell' organo, gli ammalati, dormendo, gli fanno eseguire un movimento di rotazione in alto, e pervengono a nascondere sotto la volta orbitale una parte o anche la totalità della cornea. In un gran numero il contatto continuo dell' aria e la irregolare distribuzione delle lagrime fanno sì che la congiuntiva si arrossisce e s'infiamma; spesso ancora la cornea si oscura. Tutti i muscoli che muovono il naso partecipando alla paralisi generale della metà della faccia, si vede la narice di un lato, priva di qualunque movimento, che non più si dilata durante le inspirazioni. Lo ammalato non può più corugar la pelle della metà corrispondente del naso, e spesso la punta di quest'organo è fortemente inclinata dal lato sano, disposizione che osservasi specialmente mentre lo ammalato ride. Le labbra e le guance, ricevendo numerosi filetti del nervo facciale debbono necessariamente essere turbate nelle loro funzioni. Così, siccome la conseguenza della paralisi delle labbra, si osserva, dice il Signor Bérard, che gli alimenti e la saliva scappan via dalla bocca per la parte paralizzata: la pronunzia delle vocali; come l'*o*, che richiede lo intervento delle labbra, è più difficile; le consonanti labiali, come *b* e *p*, sono malamente articolate; le labbra non potendosi più chiudere da un lato, gli ammalati durano fatica a gittar la saliva collo sputare; essi non possono fischiare. Il buccinatore essendo paralizzato, la guancia è floscia, si gonfia nel momento della espirazione e specialmente quando lo ammalato vuol pronunziare una parola con enfasi (Bérard); altre volte dice questo autore, la corrente d'aria determina nelle labbra e nella guancia un fenomeno analogo a quello che osservasi negl'individui che fumano. Ne' movimenti di masticazione, questa guancia floscia s'interpone qualche volta tra le arcate dentarie, e ne è lacerata. In fine la inattitudine del buccinatore spiega perchè, durante i pranzi, gli alimenti si accumulano tra la guancia e le arcate dentarie, in guisa che gli ammalati sono obbligati di tempo in tempo di ritirarli col dito, a meno che non abbiano la precauzione di sostenere la guancia, di comprimerla colla loro mano durante l'atto della masticazione.

Il Signor Bérard ed altri osservatori hanno pure osservato, in alcuni casi di paralisi facciale, un deviamiento delle altre parti molli della faccia. Il Signor Bérard spiega ciò pel filetto che il facciale porta allo stilo-glosso. Si è pur notato, ma molto di rado, un deviamiento dell' ugola. Il Signor Longet, il quale à riportato un fatto di questo genere dopo di quelli già notati da Montault, da' signori Diday e Cruveilhier, pensa che l'u-

gola non può deviarci se non quando la causa paralizzante esiste sin dall'origine del nervo facciale, o nel tragitto che questo percorre sino al hiatus di Falloppio.

La paralisi di tanti muscoli deve, siccome si concepisce facilmente, apportare delle importantissime modifiche nella espressione della faccia. In fatti, questa parte esaminata nello stato di riposo, si osserva, siccome lo à notato il Signor Berard, un difetto di simetria tra i due lati; quello che è paralizzato, è allo scoperto; sembra più esteso e più protuberante; l'occhio sembra più prominente, la guancia è pendente, la commissura labiale più bassa, tutti i tratti sono tirati verso il lato sano: ciò è più evidente quando lo ammalato parla, e specialmente quando ride o fa le smorfie,

La sensibilità è molto generalmente intatta dalla parte paralizzata. però è qualche volta alquanto ottusa. Si è pur notato una diminuzione dell'udito e del gusto della parte paralizzata. La prima deve essere attribuita, secondo il Signor Longet, in quanto che la stessa causa morbilica à sospeso ad un tempo l'azione del nervo acustico e quella del nervo facciale. In quanto all'alterazione del gusto, il Signor Bérard la spiega per la congiunzione del cordone del timpano col nervo linguale. Il Signor Bernard (di Villefranche), il quale pensa che questo fatto sia più frequente di quello che si crede, à stabilito. (*Archives* del 1844) che si osserva sempre ne' casi in cui la causa paralizzante à sede nell'orecchio medio, cioè molto in alto nel tragitto petroso del settimo paio per distruggere le funzioni della corda del timpano. Le alterazioni della sensibilità sono difficili a spiegarsi altrimenti che supponendo che la causa che à paralizzato il nervo del settimo paio à pure agito su quello del quinto. Nella emiplegia facciale, in generale, non avvi nè cefalalgia, nè febbre, e le funzioni digestive àno tutta la loro attività.

Corso, durata, esito. — Sviluppando in generale bruscamente, siccome lo abbiám già detto, la paralisi facciale cede ordinariamente con molta lentezza: la sua durata, raramente minore di due settenari, si prolunga spesso per un mese, sei settimane, ed anche molto al di là. Quella che non si liga ad alcun'alterazion materiale del nervo o delle parti vicine guarisce quasi sempre. In nessun caso, la paralisi facciale compromette la esistenza degli ammalati. La emiplegia facciale che affetta i neonati cede quasi sempre spontaneamente, essa à una durata più breve che nello adulto. Si è veduta finire dopo alcune ore. Di rado si prolunga sei settimane o due mesi.

Diagnosi. — La diagnosi della paralisi facciale non offre alcuna difficoltà; pare impossibile come abbia potuto essere confusa col ticchio doloroso. Quando è incompleta, potrebbe passare inosservata se non si facesse ridere, far la smorfia e fischia-

ra lo ammalato. Ciò è fuogo senza dubbio spessissimo ne' neonati, i quali colpiti da emiplegia facciale dietro l'applicazione del forcipe, non presentano spesso nello stato di riposo, alcun deviamiento ne' tratti, mentre che la deformità addiviene evidentissima tosto che gridano o piangono: allora i fanciulli offrono la stessa fisionomia singolare che abbiamo notata nello adulto.

La sola parte della diagnosi che può presentare qualche imbarazzo è di determinare se la emiplegia facciale dipenda da una lesione del nervo o da qualche malattia cerebrale. Però bisogna osservare che in questa la paralisi non è quasi mai limitata alla faccia; oltre a chè è raro che in tal caso si sviluppi in questa parte del corpo. Bisognerà del pari cercar nella diagnosi se la paralisi sia essenziale o sintomatica di qualche alterazione del nervo. La natura delle cause, le circostanze che hanno preceduto, specialmente il corso ed il modo d'invasione della malattia, permetteranno di risolvere il problema; così quando la paralisi facciale si manifesta dopo un raffreddamento, quando si sviluppa all'improvviso, bisognerà supporre che il nervo non è affatto alterato nella sua struttura; ma quando la paralisi è progressiva, e che resiste a tutti i mezzi razionali, bisognerà sospettare qualche alterazione profonda. La paralisi facciale preceduta da otirrea si liga quasi sempre ad una malattia dell'osso petroso o alla presenza di un tubercolo nell'orecchio siccome ne è rapportato un esempio dieci anni fa.

Pronostico. — La emiplegia facciale non offre alcuna gravità; io l'ho veduta sempre guarire. Il Signor Bérard ha fatto la stessa osservazione. "Si è preteso che la malattia era più lunga nel lato sinistro che nel lato destro; però questa opinione non poggia su fatti sufficientemente numerosi.

Etiologia. — La paralisi facciale può dipendere dalla compressione, dall'atrofia, o dalla distrazione del nervo per effetto di un tumore osseo, ec; o pure dal perchè il nervo facciale è stato lacerato in una ferita o troncato nella estirpazione di qualche tumore della region parotidea. Una contusione alla faccia o una forte pressione ha potuto produrre qualche volta lo stesso effetto; così si spiega la emiplegia facciale osservata molte volte dal Signor Paolo Dubois in seguito dell'applicazione del forcipe. Però i casi precedenti sono molto meno numerosi.

In fatti la emiplegia facciale è quasi sempre essenziale: essa non si liga ad alcuna distinta lesione del nervo del settimo paio. Questa paralisi, rara prima della pubertà, si osserva specialmente nel periodo di venti a quarant'anni; colpisce più spesso l'uomo che la donna, e si mostra egualmente a destra che a sinistra (Montault). Qualche volta, siccome mi è stato dato vedere in due circostanze, invade successivamente i due lati, ma non li occupa quasi mai simultaneamente. Una emozione mora-

le, lo spavento, lo sdegno, possono determinarla; nella maggior parte de' casi però la malattia è prodotta dalla impressione del freddo sulla guancia e dall'aria umida: così molti ammalati sono provati una emiplegia facciale per aver avuto la guancia esposta ad una corrente di aria che veniva da una porta semi aperta o dalla finestra di una vettura. Alcuni han supposto che in quest'ultimo caso esisteva una compressione del nervo, mediante le parti molli ne' dintorni del foro stilomastoideo, o per il peristio nel condotto osseo ch'egli percorre; niente à potuto giustificare sin ora questo modo di vedere.

Cura. — Supponendo che una flussione abbia potuto stabilirsi nella continuità del nervo, si è consigliato in generale di dar principio alla cura della paralisi facciale, venuta in seguito della impressione del freddo o dopo uno spavento, mediante un salasso al braccio o coll'applicazione di alcune sanguisughe all'ano, mezzi a' quali si uniscono i rivellenti sulle estremità e sul tubo digestivo. Io non ho provato mai alcun vantaggioso effetto da una simile pratica, la quale, come ognun vede, non poggia sopra alcun dato preciso, ma solamente sulla idea di uno stato morboso non veduto mai da alcuno, e che forse non esiste; quindi crediamo che in simili casi bisogna astenersi dal salasso, meno però una indicazione positiva. I soli mezzi che meritano fiducia sono dapprima i rivellenti cutanei, come le frizioni con un linimento ammoniacale, coll'olio di crotón; di cajepul, col balsamo opodeldoch. Se tutto ciò vien meno, si applicherà un vescicante avanti al condotto uditivo, che si potrà curare colla stricnina. In questo caso il Signor Jobert raccomanda la cauterizzazione trascorrente, mezzo violento, che spaventa gli ammalati, e che per conseguenza non bisogna impiegare che in casi estremi.

Un modo di cura che più vanta successi è la elettro-puntura. E' questo un metodo frequentemente usato dal Signor Magendie, il quale opera in questo caso come ne' casi di nevralgia.

La emiplegia facciale de' neonati cede, abbiám detto, quasi sempre spontaneamente e colle cure puramente igieniche.

Se la emiplegia facciale è sintomatica, bisognerà anzi tutto combattere la lesione che l'ha prodotta e che la sostiene.

DELLA PARALISI DEL NERVO DEL QUINTO PAIO

La paralisi del nervo del quinto paio, molto più rara di quella del settimo, può, come questa, essere essenziale, o più comunemente sintomatica di un'alterazione organica, la quale è ora primitiva ora consecutiva ad una lesione delle parti vicine.

Il nervo trigemino essendo un nervo essenzialmente sensitivo, ad eccezione della sua piccola radice o porzione non ganglionare che è motrice, ne siegue che, nelle malattie di questo nervo, la paralisi colpirà quasi sempre esclusivamente il senso delle parti superficiali e profonde della faccia.

Quindi, supponiamo un' alterazione della porzione intercranica del quinto paio o del ganglio di Gasser, con integrità del nervo del settimo paio; si vedrà la faccia conservare il suo aspetto, la sua espressione, tutta la sua mobilità, mentre che la sensibilità sarà diminuita o intieramente abolita, a tal punto che si potrà pungere, bruciare la pelle e le altre parti molli della faccia, senza che lo ammalato ne abbia la menoma conoscenza. Le membrane mucose vicine preseteranno la stessa insensibilità: così si potrà toccar l'occhio colla barba di una penna senza che lo ammalato ne sia sensibilmente impressionato, senza che anche lo senti. Si potrà pur anche pungere, irritare in diversi modi la mucosa della bocca e la pituitaria senza che in queste parti vi abbia alcun segno di sensibilità. La metà corrispondente della lingua non solo è perduta allora la sua facoltà tattile, ma non è più il potere di distinguere i sapori ne' suoi due terzi anteriori. Oltre a chè, per i disturbi che hanno luogo nella nutrizione degli organi de' sensi e nella segregazione de' fluidi che li umettano, si veggono diverse lesioni consecutive manifestarsi e produrre l'abolimento delle funzioni speciali loro dovute: così la cornea si spessisce e diviene opaca; le membrane dell'occhio si ammolliano, si ulcerano, e gli umori contenuti sfuggono finalmente al di fuori. Le gengive, siccome si è veduto in un ammalato del Signor Serres, si gonfiano, si ammolliano, e si distaccano a lembi. La narice è secca, il chè, unito alla perdita della sensibilità tattile, spiega perchè, malgrado la integrità del nervo olfattorio, l'odorato si trova abolito. L'udito può essere diminuito o estinto a suo tempo; però questo fatto è rarissimo. La perdita de' sensi è dunque luogo quasi sempre in seguito di un'alterazione di nutrizione o di segregazione. Si è però veduto, in alcuni casi in cui queste funzioni non offrivano alcun disturbo, i sensi speciali aboliti nello stesso tempo del tatto in tutta la metà della faccia, ciò chè consolida le idee del Signor Magendie sulle funzioni speciali, ch'egli assegna al nervo del quinto paio. Se il ramo motore è del pari affetto, la mascella inferiore sarà pendente e deviata, a causa della paralisi de' muscoli temporale, massetere e pterigoidei.

Di rado si osservano queste diverse alterazioni riunite nello stesso individuo; in fatti quasi sempre la paralisi si sviluppa esclusivamente sul ramo motore o sulla porzione ganglionare del nervo, o solamente sopra uno de' rami di questo.

Manchiamo ancora di fatti sufficienti per valutare quale sia il corso e la durata della paralisi del nervo trifacciale. Da ciò che precede chiaro risulta la facilità in cui si è di poter diagnosticare una paralisi emergente da una lesione del quinto paio. La cura sarà la stessa di quella della paralisi del settimo.

DELLA PARALISI DEL NERVO MOTORE OCULARE COMUNE

La paralisi del nervo motore oculare comune è per effetto di determinare il prollasso della palpebra superiore, che non può rialzarsi, a malgrado di qualunque sforzo. L'occhio trovasi allora ricoperto più o meno completamente; perchè lo elevatore della palpebra superiore, essendo paralizzato, non può più controbilanciare l'azione del muscolo orbicolare. Si osserva in oltre lo strabismo esterno in seguito della sospesa azione del muscolo retto interno mentre che il retto esterno animato dal nervo del sesto paio continua a contrarsi. La pupilla è spesso più o meno dilatata ed immobile, perchè, siccome il Signor Longet l'osserva, la radice motrice fornita dal nervo motore oculare comune al ganglio oftalmico è paralizzato al pari de' filetti ciliari corrispondenti: infine la vista è indebolita, e spesso avvi diplopia, il che spiegasi per la divergenza degli assi visuali.

La paralisi del nervo del terzo paio sembra riconoscere le stesse cause delle altre paralisi sin ora studiate. Il Signor Marchal di Calvi pensa pure che può aver luogo anche consecutivamente alla nevralgia del quinto paio: è questo un punto curioso che lo stesso chirurgo à cercato di studiare nel 1846 negli *Archives de médecine*. Però a parer nostro non è un fatto ancora dimostrato; ed in vero tutti i fatti invocati dal Signor Marchal sono casi complicati, accompagnati certamente, almeno la maggior parte, da qualche lesione organica nel nervo e forse anche ne' centri nervosi.

Questa paralisi richiede la stessa cura delle precedenti. Il Signor Magendie si serve pure qui dell'elettro-puntura; in questo caso spinge l'ago al livello dell'arcata sopraccigliare, nel muscolo elevatore della palpebra; un conduttore è applicato sulla guancia, e si fa agire dopo di ciò la macchina di Clarke.

DELLA PARALISI DEL NERVO MOTORE OCULARE ESTERNO

Questa paralisi è molto rara, e credo che fin ora non se ne conoscono altro che due casi, uno rapportato da Yelloly l'altro da Jobert. L'occhio è allora fortemente portato in dentro, e torna impossibile allo ammalato dirigerlo al di fuori.

DELLA PARALISI DEL MUSCOLO DENTATO

Di rado si osservano le paralisi limitate ad un sol muscolo: così si è veduto il gran pettorale, il destro anteriore della coscia, il deltoide, che non si potevano più contrarre e rendere con ciò impossibili i movimenti che sono destinati a far eseguire. Mancano ancora i fatti per poter dare la storia di questo genere di paralisi: però fisserò un istante l'attenzione del lettore sopra una paralisi locale che da alcuni anni à chiamato l'attenzione di molti abili osservatori; intendo parlare della paralisi del muscolo dentato, sulla quale i signori Gendrin, Marchesaux, Velpéau, Desnos e specialmente il Signor Jobert (de Lambelle), hanno pubblicato molte interessanti osservazioni, che per la maggior parte sono state inserite nella *Gazette des hôpitaux* (anno 1845). Si troveranno ancora nella stessa raccolta, circa questi fatti, alcune osservazioni interessanti dovute ad un autore anonimo.

Ciò che colpisce a primo aspetto in questa paralisi è il deviamiento che lo scapulum prova. In fatti quest'osso che è mantenuto applicato alla parte toracica mediante la contrazione simultanea del gran dentato e del romboide, forma allora sotto la pelle una protuberanza più o meno maggiore formata dalla sua ripiegatura spinale e dal suo angolo inferiore. In fatti lo scapulum tirato in dentro ed in alto dal romboide, in alto dall'angolare e dall'omoplata, in basso dal piccolo pettorale e dal peso del braccio, subisce un movimento di leva tale che il suo limite interno diviene obliquo dal basso in alto e da dentro in fuori; l'angolo inferiore, non essendo più tirato in basso ed in avanti dalla porzione inferiore del dentato, forma sotto la pelle una protuberanza di molti centimetri; è più ravvicinato alla colonna spinale, e corrisponde qualche volta alla quinta vertebra dorsale, mentre che quello del lato opposto può trovarsi al livello della settima; in fine l'angolo estremo o il moncone della spalla è abbassato. Gli ammalati sono più o meno liberi ne'mo-

vimenti del braccio e della spalla, ma non possono eseguire quelli che per essere prodotti, richiedono lo intervento del dentato: così l'abduzione dello scapulum, la elevazione del moncone della spalla, il movimento di rotazione dell'omoplata sul suo asse, sono impossibili.

La diagnosi di questa malattia è facile. Non si potrà credere che la deformità sia prodotta da un deviamiento della colonna, perchè il tatto seguendo la direzione delle apofisi spinali, si può facilmente esser convinto che niente avvi di tutto ciò. Non si crederà nè alla protuberanza delle costole, nè ad un tumore qualunque, perchè basta impegnare profondamente la mano sotto l'omoplata per assicurarsi del contrario. Infine, ciò che toglie materia a qualunque errore, è la possibilità che avvi a far disparire la deformità imprimendo certi movimenti al membro.

La paralisi del gran dentato à luogo ora di botto, ora lentamente. Essa è qualche volta preceduta da dolori reumatici nel muscolo; altre volte lo indebolimento progressivo di questo è il primo sintomo che fissa l'attenzione.

La paralisi del gran dentato che essa sia completa o incompleta è una malattia ostinata e spesso incurabile.

Questa malattia à potuto venire qualche volta in seguito ad un'affezione reumatica del muscolo, o pure è determinata dall'azione dell'umido. Altre volte, come lo provano due fatti citati da signori Velpeau e Jobert, la malattia è stata consecutiva ad una contusione o una lacerazione del nervo toracico posteriore, del nervo respiratorio di Ch. Bell, il quale, siccome ognun sa, si distribuisce per intiero nel gran dentato. L'analogia porta pure a pensare che, qualunque sia la causa che abbia agito, questa à dovuto esercitare la sua influenza, meno sulla stessa fibra muscolare che sul nervo che presiede alla sua contrazione. In generale la malattia non colpisce che uno de' dentati. Però i due muscoli possono essere colpiti simultaneamente o successivamente siccome i signori Briquet e Jobert lo àn veduto e l'uno e l'altro nel corso dell'anno 1845.

I principali mezzi praticati contro le paralisi mescolari, e specialmente contro quelle del gran dentato, sono, ne' casi in cui esistono dolori vivi, una forte applicazione di sanguisughe o di coppe a vento, poi l'uso de' rivellenti, come le frizioni irritanti coll'ammoniaca, coll'olio di croton e la pomata siibiata; si praticano le docciature a vapore semplici, solforose, aromatiche; si applicano i vescicanti che si possono curare colla stricnina. Ne' casi più ostinati, si ricorrerà alla elettricità, alla elettro-puntura, alla cauterizzazione trascorrente, ed infine all'applicazione di molti cauteri o moxa.

DELLA PARALISI DELLO ESOFAGO

La paralisi dello esofago è di rado idiopatica; quasi sempre è sintomatica di una malattia del cervello, o pure è ligata ad uno stato generale grave come quello che osservasi in certe febbri continue.

La paralisi può manifestarsi bruscamente mangiando, almeno allora è che gli ammalati l'avvertano. Può essere completa o incompleta. Nel primo caso, gli alimenti possono essere ancora introdotti dopo molti sforzi; spesso si osserva allora che i solidi sono più facilmente trangugiati de' liquidi: si spiega benissimo che la faringe e lo esofago eseguono meglio la contrazione sopra una massa solida che loro fornisce una specie di punto di appoggio. Quando la paralisi è completa, gli alimenti, arrestandosi alla parte superiore dello esofago, determinano la soffogazione, e ciò tanto facilmente in quanto che spesso alcune delle loro porzioni s'introducono da là nelle vie aeree: così, qualunque sia la causa, la paralisi dello esofago è una malattia eccessivamente grave.

Se la paralisi è sintomatica, il suo corso e la sua durata sono subordinati a quelli da' quali dipende; se è idiopatica, essa è un corso continuo ed una durata lunga, ed affatto indeterminata.

Questa paralisi sarà combattuta colle frizioni eccitanti ed irritanti, e coll'applicazione de' vescicanti attorno al collo. Si potranno curare con 1, 2 o 3 centigramme di stricnina, o pure si amministrerà questa sostanza internamente, ma a dose minore; ne' casi ostinati, si potrà pure impiegare la elettricità.

Nella paralisi completa, si farà uso della sonda per introdurre nello stomaco gli alimenti solidi e liquidi.

TERZO GENERE DI NEVROSI

NEVROSI CARATTERIZZATE DA UN DISTURBO DELLA INTELLIGENZA

DEL DELIRIO

Il delirio può essere definito, col professor Chomel, il perversimento di una o molte delle facoltà intellettuali o affettive. Il delirio è un sintomo che abbiamo avuto occasione d'indicare e di descrivere nelle sue principali forme, almeno nello stato acuto. Lo faremo or ora conoscere nella sua forma cronica ed

apiretica (vedi *alienazione mentale*). Noi abbiamo veduto deliri essenziali che costituiscono per se soli quasi tutta la malattia, e non legati ad alcuna manifesta alterazione; tali sono que' disturbi della intelligenza che si manifestano dopo vivi dolori, dopo gli eccessi o la privazione di bevande alcoliche (vedi *Delirium tremens*). Spesso abbiamo osservato il delirio nelle malattie acute e croniche dello encefalo e delle sue membrane di involucri, in fine, anche più spesso, lo abbiamo veduto indipendente da qualunque alterazione de' centri nervosi, manifestarsi nel corso di uno stato grave della economia o in seguito del paema di un organo lontano. Abbiamo fatto conoscere sufficientemente altrove que' deliri sintomatici i quali sono i più comuni di tutti: abbiamo detto quale oscurità potevano dare alla diagnosi, abbiamo stimato il valore del pronostico, e determinato le indicazioni che fornivano. Non possiamo far ritorno su tali cose in questo luogo.

In quelli che muoiono col delirio, abbiain trovato le lesioni più diverse ne' centri nervosi, ciò che dovrebbe menarci a pensare che non avvi alcuna di quelle lesioni, che sia speciale, esclusiva al delirio. Oltre a che i deliri detti essenziali, come il *delirium tremens* e tutti i deliri sintomatici, essendo indipendenti da qualunque manifesta alterazione del cervello o de' suoi involucri, torna impossibile determinare la modifica particolare dalla quale dipende il disturbo intellettuale; non si potrebbe nè anche localizzare il disturbo in tale o tale parte del cervello, nello stato corticale, per esempio, siccome han praticato alcune persone. Più si studiano i fatti con cura e lo spirito scevro da qualunque idea preconcepita, più si è indotto ad ammettere che la lesione essenziale, se pur esiste, che produce il delirio deve essere leggiera e fugace; se è permanente, deve essere forse tutta molecolare, e non si potrà colpire se non quando conosceranno meglio la vera struttura, la struttura intima del cervello. La verità di quel che diciamo qui sarà meglio manifesta quando parleremo dell'alienazione mentale. Ma senza voler intraprendere ardue quistioni che si rannodano a questo soggetto, diremo solamente, in favore della opinione che emettiamo, esservi deliri violenti i quali si dissipano rapidissimamente, senza lasciare alcuna traccia, e che i deliri i quali esistono senza disordini muscolari ben distinti, senza paralisi, senza convulsioni, non lasciano dietro di essi sul cadavere, che lesioni poco marcate, quasi insignificanti, e quasi sempre negative.

Alla fine del precedente volume abbiain trattato dettagliatamente di due forme di delirio acuto che avremmo potuto collocare in questo luogo; ci è sembrato più conducente parlarne in occasione degli avvelenamenti, in ragione delle cause specifiche che li sviluppano. Ci rimane ora a studiare i disordini in-

tellottuali apiretici che sieguono un corso cronico; son dessi la follia, l'ipocondria e l'idiotismo.

DELLA PAZZIA O ALIENAZIONE MENTALE

Con Esquirol, definiremo la pazzia, una malattia cerebrale ordinariamente cronica, senza febbre e caratterizzata da' disordini del senso, della intelligenza e della volontà.

Storia. — Ippocrate, senza trattare specialmente della pazzia, à notato non pertanto alcuni degli esiti della mania. Celso è stato molto più esplicito: però Areteo fu il primo il quale diede della malattia una distinta descrizione sotto diversi titoli. Celio Aureliano si trova pure, tra i principi dell'antica medicina, quello che diede le idee più giuste sul carattere della pazzia e sulla sua cura. Galeno non ebbe che il talento di riassumere ciò che si era detto prima di lui, senza niente aggiungere di proprio. Dopo questo autore, la storia della pazzia rimase stazionaria e spesso indietreggiò. Delle osservazioni isolate furono fatte di tempo in tempo dopo il rinnovamento delle scienze in Europa: ma siccome l'osserva Pinel, non esiste prima di lui alcuna opera capitale, alcun corpo di dottrina, e gli stessi illustri fondatori di tre celebri scuole dell'ultimo secolo, Stahl, Boerhaave, Hoffmann, poco avevano aggiunto alle conoscenze precedentemente acquistate. Indicherò per semplice memoria alcune ricerche molto incomplete di anatomia le quali, cominciate dal Morgagni, furono continuate in Inghilterra da Perfect e da Greding. La scienza si era del pari arricchita de' libri di Lorens, di Daquin e di Chiarugi, quando Pinel comparve. A lui appartiene lo insigne onore di aver impresso alla scienza la più felice direzione. Non solo diede della pazzia una quasi completa descrizione, ma ebbe la gloria di riformare intieramente il regime barbaro adottato negli ospizi, ove gli alienati erano trattati piuttosto come malfattori, anzichè come esseri sofferenti. Il libro sull'alienazione mentale che Pinel à pubblicato al principio di questo secolo è senza dubbio uno de' più belli monumenti della scienza contemporanea, ed il titolo più solido e più duraturo dell'autore. Il venerabile Esquirol, dopo Pinel è quello i cui lavori, continuati senza interruzione per lo spazio di quarant'anni, ànno contribuito immensamente a rendere chiara la storia della pazzia; alla scuola di questo illustre maestro, di questo uomo da bene si son formati quasi tutti coloro i quali, in questi ultimi tempi, àn pubblicato sull'alienazione mentale le più utili ricerche; tali sono Georget, Calmeil, Leuret e Foville. Non dobbiamo mettere in obbligo i lavori distinti sotto diversi rapporti del Signor Ferrus, il cui nome si liga a' grandi servizi ed agli utili migliora-

menti per la cura degli alienati. Ogniuno rende del pari giustizia alle dottericerche de' signori Lélut, Baillarger, Bayle, Parchappe, Delaye, Guislain, Moreau, Briere de Boismont, e di molti altri ancora che avremo occasione di citare nel corso di questo articolo. Grazie a questi lavori dei medici alienisti, a' loro continui sforzi ed a' progressi de' lumi, i pazzi non sono più, come nel medioevo; bruciati quai stregoni o ossessi dal demonio, nè adorati come genj benefici o come profeti, nè cessato di servir da trastullo de' grandi; non si abbandonano più alle loro miserie senza altri soccorsi che la pubblica pietà, e non si confondono nelle carceri con tutti i colpevoli: anzi dappertutto la sventura à trovato la simpatia, e dappertutto s'innalzano edifici ove quest'infelici ricevono le cure che il loro stato reclama.

Anatomia patologica. — Dopo Morgagni, Haller, Meckel, si è andato in cerca di trovare quali lesioni lasciava dietro di essa l'alienazione mentale; i lavori di questo genere sono stati moltiplicati da venti anni in qua. Greding al finir dell'ultimo secolo (1790), avea detto che negli alienati, le ossa del cranio erano spesso assottigliate (diciotto volte su cento), e più spesso ancora erano spessite (settantasette volte su cento). Il Signor Bertolini à indicato de' risultati quasi simili. Però il fatto rapportato da questi due autori rimane ancora dubbio; oltre a che bisognerebbe prima determinare quale è normalmente il grado di spessezza delle ossa del cranio nelle differenti età della vita, ma ciò non è stato per anco praticato. Al contrario è dimostrato che spesso ne' pazzi si trovano le meningi diversamente alterate: così queste membrane possono essere iniettate, spesse, aderenti tra loro o colla sostanza cerebrale, coperte di false membrane, infiltrate di sangue, di siero, ec. Queste diverse alterazioni sono state osservate ottantadue volte del Signor Calmeil su cento dementi paralitici, ed il Signor Bayle le à sempre osservate negli stessi ammalati. Queste alterazioni, le quali, come ognun vede, sono sì comuni quando i movimenti sono alterati, mancano affatto ne' casi di pazzia semplice. Molti autori, specialmente il Signor Parchappe, à pure indicato la frequenza delle congestioni sanguigne nel cervello degli alienati. In ciò però non avvi niente di speciale, perchè questa lesione si osserva pure nel corso di molte altre malattie acute e croniche, e forse non è pur anco provato che essa sia più comune nella pazzia che in queste ultime; oltre a che tutto porta a credere che la congestione è allora uno stato piuttosto consecutivo anzichè primitivo. In alcuni alienati, dicono, essersi trovato una ipertrofia cerebrale; più spesso si è notato un'atrofia delle circunvoluzioni; ciò però è stato osservato solamente nella demenza. Il Signor Etoc-Demazy à osservato pure un edema del cervello ne' casi di stupidità. Si è pur anche rinvenuto il cervello ora più

consistente, ora più molle: si è preteso che la sostanza grigia era sempre ammolita ne' dementi paralitici, e la sostanza bianca, per lo contrario, più consistente negli stessi individui. Quasi esclusivamente ne' casi di paralisi generale, siccome lo nota il Signor Leuret, osservansi le granulazioni alla superficie de' ventricoli cerebrali, e l'aderenza delle meningi colle circumvoluzioni cerebrali. In fine, secondo i signori Foville e Parchappe, la sostanza grigia delle circumvoluzioni sarebbe spesso, sia in parte, sia in tutto, pallida, scolorata. Però la esistenza di quest'alterazione non è ancora certa, e lo fosse pure, rimarrebbe ancora a determinare se essa si rannoda piuttosto a' sintomi fisici anzichè a' sintomi psicoci della pazzia. Non parleremo delle aderenze anormali le quali, secondo il Signor Foville, esisterebbero qualche volta ne' pazzi tra i piani fibrosi de' quali, secondo questo abile medico, sarebbero composti gli emisferi cerebrali, perchè, supponendo reale questa disposizione anatomica, si potrebbero stabilire le stesse obiezioni, relative a questa lesione, che abbiamo stabilite precedentemente.

Non cade dubbio però che in moltissimi casi di autopsia nessuna manifesta lesione de' centri nervosi è stata osservata: quasi tutti i partigiani più esclusivi della localizzazione della pazzia citano fatti di questo genere. In quanto alle numerose alterazioni che abbiamo precedentemente indicate, non avviene alcuna speciale alla pazzia: ed il Signor Laurent dice senza spirito di critica essersi accumulate tutte le alterazioni osservate o che han creduto osservare nel cervello degli alienati, e che hanno attribuito il disordine della intelligenza e delle passioni a queste alterazioni reali o supposte. Han trascurato di mettere a calcolo le alterazioni compatibili colla integrità della intelligenza. Siccome si vedrà in prosieguo, avvi nella follia, non solo un disturbo intellettuale, ma più spesso diversi sintomi fisici: or, le lesioni materiali non si ligano esse forse piuttosto a questi ultimi anzichè a disturbi psicoci? Così pensano i medici i quali per la loro esperienza, meritano più autorità in simile materia. Ci basti citare qui i nomi di Esquirol, de' signori Lélut, Leuret e Bail-
lager. Il Signor Leuret dice con molta ragione che nessuno à per anco scoperto l'alterazione che sarebbe la causa immediata della pazzia; che se ne esiste una, deve essere simile a quella che produce i sogni, che produce i falsi convincimenti degl'irragionevoli, che eccita gl'istinti e le passioni, cioè che non si manifesta mai con caratteri fisici distinti.

Caratteri generali della pazzia. — I disordi della intelligenza sono estremamente vari nell'alienazione mentale. Sono dice Georget, concezioni stravaganti, idee bizzarre, ravvicinamenti di singolari idee, di opinioni ridicole, di giudizi falsi per i principi da cui emanano, delle proposizioni sconnesse: è una

successione rapida e più o meno incoerente d'idee, di giudizi, di ragionamenti: è un misto singolare di concipienti ragionevoli, di opinioni fondate, di ragionamenti connessi, di giudizi sensati, di talenti conservati, co' risultati del più completo sragionamento. Ne' pazzi la sensibilità è esaltata o perversita; le sensazioni, come dice Esquirol, non sono più in rapporto nè colle impressioni esterne nè colle interne; gli ammalati sembrano essere il bersaglio degli errori de' loro sensi; quindi niente è più comune quanto vedere gli alienati prendere i loro parenti, i loro vicini per persone estranee, e reciprocamente. Alcuno preferisce un grido, credono riconoscere la voce di un amico, di un nemico; un sapore, un odore spiacevole che trovano negli alimenti, loro danno l'idea che si vogliono avvelenare. Molti s'ingannano pel volume, la forma, il peso de' corpi che toccano; sono queste altrettante *illusioni*, cioè che gli ammalati, avendo i loro sensi impressionati, s'ingannano sulla natura e la causa delle loro sensazioni. Ma oltre a questi disturbi, gli alienati hanno spesso le *allucinazioni*, cioè sensazioni prodotte senza eccitamento esterno. Quindi è che molti tra essi sentono le voci che li sieguono, li assediano, l'ingiuriano, loro consigliano, loro ordinano infami azioni; altri veggono innanzi a loro persone o cose assenti, sentono odori felidi o piacevoli che non esistono; alcuni, benchè in riposo, credono camminar su i fiori, su le spine, sopra un suolo movente; avviene di quelli che pensano avere in una parte del loro corpo un animale qualunque che li rode, li divora; in una parola, si crederebbe vedere uomini che sognano benchè svegliati. Ne' pazzi, le idee, le affezioni sono mobili, versatili estremamente; la facoltà che possiede il nostro spirito di associare le sensazioni e le idee, e di coordinarle tra esse, offre in essi le più manifeste alterazioni. Quasi tutti conservano la rimembranza del passato e ne parlano: molti ancora conservano la memoria delle cose presenti, ed una volta guariti, raccontano ciò che han veduto durante il loro delirio, e danno i motivi delle loro determinazioni, perchè i pazzi hanno una volontà. Di rado conoscono il loro stato; comunque stravaganti essi siano nelle loro parole e nelle loro azioni, si credono ragionevoli, ed hanno sempre qualche motivo per agire siccome essi fanno. In alcuni si osservano degli atti, impressioni, determinazioni veramente automatiche, cioè indipendenti dalla volontà: così si veggono gli ammalati gridare, correre, abbandonarsi agli atti di furore, uccidere pure senz'altro motivo che di gridare, di correre di uccidere. Però Esquirol pensa che il più delle volte questi atti, questi impulsi irresistibili dipendono da motivi de' quali lo alienato e quelli che l'osservano possono sino ad un certo punto renderne conto. Le affezioni morali provano in questi ammalati un'alterazione più o meno profonda; è

questo un punto di storia della follia sulla quale Esquirol à molto insistito. Quindi niente è più comune, più ordinario che gli alienati veggano con indifferenza o anche odiano i loro parenti, i loro amici più intimi. Molti si abbandonano alle azioni le più vergognose: gl'individui di una austera probità divengono ladri, le donne più virtuose fanno i discorsi più osceni, si abbandonano a' gesti indecenti, alle pratiche vergognose, ec. Le passioni sono variabili secondo il genere di pazzia. Impetuose nella mania e nella monomania, tristi nella lipemania, si estinguono nella demenza, dove, come è stato detto, non esistono altre passioni meno quelle che nascono dagl'imperiosi bisogni dell'uomo. I pazzi, in generale, sono poltroni, pusillanimi, imprevedgenti, di una confidenza o di una diffidenza cieca. Occupati del loro delirio, si può dire che, quantunque in società, essi sono molto isolati: vivono ciascuno per se stesso, e di rado si veggono uniti tra loro.

Forse troppo generalmente si è detto che la sensibilità era diminuita o perversita ne' pazzi. Per lo contrario questa facoltà è quasi sempre intatta: così questi ammalati sono quasi tanto sensibili al dolore, al freddo, al calore quanto il resto degli uomini, ec: i casi contrari sono puramente eccezionali.

Gli alienati possono essere abitualmente calmi; ma quasi tutti ànno di tempo in tempo de'movimenti di sdegno; di furore, di agitazione: allora gridano, vociferano, ingiuriano, battono, lacerano i loro abiti; in tutti i casi la loro fisionomia esprime le passioni dalle quali sono agitati.

Alcuni alienati si lagnano di cefalalgia: ciò non à luogo che allo sviluppo. Molti ànno veglia, o pure un sonno raro, agitato e ciò per mesi ed anche per anni intieri. La circolazione cerebrale non sembra più attiva in essi, eccettuato durante i parossimi di furore. Non si osserva alcun disturbo nelle funzioni della respirazione, se non che un poco di raucedine e di afonia quando àn vociferato per molto tempo. Avvi apiressia completa, ma il polso è più o meno frequente, secondo il genere di delirio. L'appetito in generale è intatto, e le digestioni regolari. Se alcuni non mangiano, ciò à luogo per qualche complicazione, o perchè temono di essere avvelenati; gli altri si mettono a dieta per mortificazione, per spirito di penitenza, ec. La nutrizione è quasi sempre intatta.

Divisioni. — Abbiamo presentato i sintomi generali della pazzia, ma questa malattia offre diverse forme; così quando il delirio si compone particolarmente ed anche esclusivamente di una idea allegra ed espansiva, si dice che avvi *monomania*. Se il delirio si porta sopra un oggetto o un piccolo numero di oggetti, con predominio di un'idea trista, è questa la *lipemania* d'Esquirol o la *melancolia* degli antichi. Se il delirio è gene-

rale ed accompagnato da eccitamento, è questa la mania. Infine si è detto che avvi demenza quando le facoltà intellettuali sono considerabilmente diminuite o estinte.

° *Monomania.* — Parlando a rigore non bisognerebbe dare il nome di monomaniaci che agl'individui i quali non delirano che sopra un solo oggetto; però molti autori confondono sotto questa denominazione tutti i pazzi che hanno un'idea sragionata predominante; quindi la monomania costituisce per essi la forma più comune dell'alienazione mentale, mentre il delirio parziale è considerato come eccessivamente raro. Tale non è però la opinione del Signor Baillarger. Infatti questo autore stabilisce in un articolo molto ben riflettuto ch'egli ha inserito nel tomo VIII° degli *Annales medico-psychologiques*, esistere molti ammalati il cui delirio è esclusivamente limitato ad una falsa idea. Molti di questi individui rimangono inosservati, ed il delirio non è nè anche sospettato. In fatti quanti infelici, i quali prima di essere omicidi o attentare a' loro giorni, han passato mesi interi e lunghi anni, come dieci, quindici e venti lottando contro la idea fissa che li perseguitava! Quest'individui erano ragionevoli sotto tutti i rapporti, essi soli erano i confidenti del loro pensiero, essi vivono nella società sino a che mandano ad esecuzione l'idea che li perseguita incessantemente, o sino a che il disturbo cerebrale fatto può completo, si è obbligato di metterli sotto custodia.

Siccome abbiain detto precedentemente, in generale si considerano come monomaniaci gl'individui divagati sopra molti punti a guisa de' maniaci; però con questa differenza, che i primi si occupano il più delle volte della loro smodata passione, mentre che i secondi sono stravaganti indifferentemente su tutto.

La monomania si manifesta, dice il Signor Baillarger, ora lentamente, altre volte in seguito di un disturbo acuto più o meno generale della intelligenza; è questo un punto sul quale il Signor Moreau ha insistito con ragione.

Le forme della monomania sono eccessivamente varie; una delle più frequenti è la monomania *ambiziosa*. Gl'individui si credono ricchi e possenti: essi sono principi, monarchi, papi; essi si credono Cesare, Napoleone, Gesù Cristo. Quelli si riconoscono ordinariamente al loro portamento, al loro contegno pieno di fierezza, all'aria di superiorità che affettano in presenza di quelli che circondano. Le donne che soffrono la stessa malattia si occupano molto del loro vestire. Vi sono monomaniaci ne' quali il carattere predominante della follia consiste ne' desiderii venerei eccessivi e violenti; quelli han sempre parole oscene nella bocca, gesti indecenti, provocatori; presentano uno eccitamento quasi permanente negli organi sessuali, e cadono in uno stato di furore maniaco quando i loro sfrenati desiderii non pos-

sano essera soddisfatti. Questa certamente è una forma di follia: gli hanno dato i nomi di *ninfomania* o di *furor uterino* nella donna, di *satyriasis*, o *satiriasi*, nell'uomo. A torto, secondo noi la maggior parte degli autori altro non veggono in questi accidenti che una malattia particolare, che una nevrosi degli organi sessuali; noi crediamo, per lo contrario, non essere che una varietà della monomania. Checchè ne sia, i satiriaci e le ninfomaniache sono molto differenti da' monomaniaci chiamati *erotomaniaci*, che hanno il cuore pieno di un amor casto, tutto platonico. Quelli si occupano incessantemente dell'oggetto amato; essi lo veggono, lo sentono lo toccano e gli parlano. Questa specie di follia è specialmente comune nella donna; questi ammalati sono spesso allegri, ma qualche volta tristi (è questa la *lipemanìa erotica*).

La monomania nella quale dominano le affezioni morali tristi, come la noia, il dispiacere, porta, come lo abbiem detto, i nomi di *melancolia*, e meglio di *lipemanìa*. Quest'individui sono tristi, infelici, gli uni si credono perseguitati, altri avviliti, disprezzati, ruinati; ve ne sono di quelli che trovansi in uno stato continuo di timore, di spavento (è questa la *panofobia*). Spessissimo gli ammalati di cui è parola sono tormentati da idee religiose (*monomania religiosa*); così provano rimorsi per la vita passata, comunque pura essa sia stata, si veggono condannati, alcuni si credono nel poter del diavolo (*demonomania*). Per queste idee, tali infelici si abbandonano notte e giorno a certe pratiche austere; si privano di mangiare, di dormire, alcuni si martirizzano, e si uccidono anche, per obediare ad una voce interna, ad un ordine di Dio. Al lato della demonomania dobbiam parlare degl'individui i quali si credono trasformati in animali, in cane (*cinantropia*), in lupo (*licantropia*); quelli camminano a quattro piedi, lasciano crescere i loro capelli, le loro unghie; imitano i gridi degli animali; alcuni se ne fuggono ne' boschi, vi si nutriscono di erbe o di carni crude. Questa forma di pazzia, quasi sconosciuta a' giorni nostri, è stata frequente ne' tempi andati e nel medioevo.

Bisogna considerare ancora come una varietà della lipemanìa la nostalgia, cioè quello attaccamento esagerato per il luogo che ci ha veduti nascere, occasionando una noia, un dispiacere anche una disperazione, e potendo per conseguenza, come tutte le affezioni tristi morali, produrre in seguito gravi disordini nella economia.

Avvi una monomania gravissima, caratterizzata da un'inclinazione irresistibile al suicidio; gl'individui portano attentato alla loro vita freddamente, dopo riflessione. Gli uni in piccolo numero, sembrano uccidersi per piacere, ma questi tutti per sottrarsi alle loro sofferenze, quasi sempre immaginarie; essi si ucci-

dono perchè si credono in uno stato fisico o morale tale che la morte loro sembra preferibile. Si veggono individui, quando han sbagliato nel primo attentato, rinnovarlo molte volte, finire presto o tardi per ingannare la vigilanza de' loro custodi. Al lato di questi monomaniaci, dobbiamo collocare quelli i quali, lungi da uccidersi, uccidono uno de' loro simili (*monomania omicida*). Gli uni commettono questo delitto senza passione, senza molivi, e senza coscienza; essi ci sono spinti irresistibilmente; quindi è una serva la quale, ogni qual volta che spoglia il fanciullo confidato alle sue cure, prova un desiderio irresistibile di sventrarlo; o pure è una madre la quale è spinta a troncare il collo al fanciullo che ama teneramente. Altri individui sono eccitati alla strage da una idea delirante; qui l'omicidio è premeditato. Così quasi tutti gli alienati uccidono perchè credono vedere nelle loro vittime gli spioni, i nemici, gli spiriti malefici; alcuni per eccesso di amore; tali sono que' padri che hanno ucciso i loro figliuoli per dar loro il cielo o sottrarli alla corruzione del secolo. Alcuni monomaniaci in vece di uccidere, rubano, incendiano le loro proprietà o quelle di altri; siccome i primi, essi commettono questi delitti e questi malfatti, gli uni per istinto, gli altri ragionando.

Mania. — Abbiamo detto precedentemente che la mania consisteva in un delirio generale senza idea predominante: quindi nel suo grado più debole, gli ammalati sono agitati, ciarlieri come se avessero preso moltissimo caffè o liquore inebriante: divengono storditi, indiscreti, capricciosi, senza però delirare ancora. Ma tosto, spontaneamente, o per un occasione di contrarietà, essi perdono affatto la ragione. Però alcuni di questi ammalati, i quali abbandonati a loro stessi, sragionano completamente, possono fissare la loro attenzione, parlare ancora con giustezza sopra moltissimi punti; a questo misto di ragione e di delirio si dà il nome di *pazzia ragionata*. Al più alto grado della mania gli ammalati non ascoltano più nulla; le loro idee sono incoerenti: si trovano in una estrema agitazione, gridano, vociferano, e si abbandonano a tutte le violenze.

Lo eccitamento che questi individui presentano spiega perchè alcuni tra essi sembrano meno sensibili alle influenze esterne; come al freddo; al caldo, ed anche a' dolori assai vivi, perchè si veggono di quest' infelici mutilarsi gravemente senza lagnanza alcuna. Lo eccitamento di cui è parola spiega perchè questi ammalati, malgrado la loro attività muscolare e la loro mancanza di sonno per settimane intiere, non si stancano affatto, e conservano le loro forze in tutta la loro integrità. I maniaci sono, dopo gli allucinati quelli il cui polso è più accelerato. È questo un risultato interessante dovuto alle ricerche dei signori Leuret e Mitivié.

Gli accessi della mania ritornano ad intervalli più o meno vicini; possono durare alcune ore soltanto o moltissimi giorni, o prolungarsi per settimane e mesi. Quando gli accessi sono stati così violenti ed hanno avuto una sì lunga durata, gli ammalati cadono spesso in seguito in una specie di abbattimento.

Demenza. — La demenza, siccome lo abbiamo detto, è la diminuzione o l'abolizione più o meno completa delle facoltà intellettuali affettive o sensitive. Questo stato è più spesso consecutivo alle forme precedenti dell'alienazione mentale; qualche volta però è primitivo. Quindi è che gli epilettici, gli ubriachi, i manislubatori, i vecchi possono cadere di botto nella demenza. Questo stato è pure consecutivo qualche volta ad un'alterazione materiale organica del cervello e delle sue dipendenze, come una meningite, una emorragia cerebrale, un ammolimento. In fine, anziché manifestarsi progressivamente, la demenza à luogo qualche volta di botto, sotto la influenza di una causa fisica o morale che scuote violentemente il cervello. La demenza, siccome l'osserva il Signor Calmeil, può consistere solamente in un semplice abbassamento delle facoltà intellettuali, sensitive, ed affettive; lo individuo paragonato a se stesso non possiede più la stessa quantità d'intelligenza. Ciò può chiamarsi, col medico di cui è parola, una demenza *incompleta* o *relativa*, ma generale. Altre volte la demenza distruggendo a poco a poco tutte le facoltà, gli ammalati cadono in una nullità completa, e si avvicinano molto agl'idioti pel loro aspetto, i loro costumi, le loro abitudini. La demenza può essere solamente parziale, cioè colpire una sola facoltà, o un piccol numero di facoltà, ed in questo caso, essa è ora incompleta o completa.

Uno de' primi caratteri della demenza è lo indebolimento, la perdita della memoria: le cose del momento non fanno più impressione, mentre che gli ammalati conservano la rimembranza del passato. I dementi sono generalmente tranquilli; vivono isolati, pronunziano parola inconseguenti, ridono o piangono senza motivi, ed arrivano a poco a poco, dopo un tempo più o meno lungo, all'ultimo grado del degradamento intellettuale. Quasi tutti questi ammalati offrono di tratto in tratto alcun poco di eccitamento, o anche un vero accesso di mania furiosa: però non tardano a ricadere nel loro primiero stato, o si osserva spesso, dopo ciascuno de' parossismi, un grado di abbattimento di più nelle facoltà intellettuali e morali. Questi ammalati dormono bene, mangiano molto; la loro nutrizione si esiegue convenevolmente, quasi tutti s'ingrassano: a poco a poco la loro fisionomia perde l'espressione; presentano diversi disturbi nel moto, e cadono in questo stato di paralisi detta *paralisi generale degli alienati*, malattia che il Signor Calmeil à descritta con molta

superiorità, e della quale daremo i principali tratti parlando delle complicazioni della pazzia.

Stupidità. — La parola *stupidità* non possiede per anco un senso ben definito; gli uni se ne servono per distinguere l'ultimo grado della demenza; altri ne fanno, con Esquirol, una varietà di questa forma della pazzia, e l'impiegano come sinonimo di *demenza acuta*. Georget faceva della stupidità un genere particolare di pazzia caratterizzata dalla mancanza accidentale della manifestazione del pensiero, sia che lo ammalato non abbia idee, sia che non potesse esprimerle. Il Signor Etoc, il quale assegna gli stessi caratteri alla stupidità, non crede con Georget che questo sia un genere particolare di pazzia; ma pensa altro non essere che una complicazione, come lo è la paralisi generale, e rannoda gli accidenti ad una lesione anatomica costante, ad un edema della sostanza cerebrale. I sintomi della stupidità sarebbero dunque, secondo questo medico, lo effetto di una compressione meccanica; questa avrebbe per risultato di sopprimere o indebolire le facoltà intellettuali, di agire ne' pazzi come agisce ne' buoni. Il Signor Etoc aggiunge che il delirio degli alienati stupidi non è niente che gli sia proprio, e che può e deve presentare ne' diversi ammalati i caratteri più opposti. Ma il Signor Baillarger, in una memoria piena d'interesse inserita negli *Annales medico-psychologiques*, à combattuto questa proposizione e determinato in modo, secondo noi, più esatto, lo stato mentale degli alienati stupidi. Secondo l'abile osservatore, gli alienati indicati sotto questo nome non presentano, in molti casi, che le apparenze della stupidità, ed avvi in essi un delirio affatto interno, del quale possono renderne conto dopo la loro guarigione. Questo delirio sembra di natura esclusivamente trista; è sostenuto da illusioni e da allucinazioni, e si accompagna spesso a idee di suicidio. Questi ammalati sono pure in uno stato speciale: àn perduto la conoscenza del tempo, de' luoghi, delle persone, e vivono in un mondo immaginario. Secondo il Signor Baillarger, la stupidità non è nè una complicazione nè un genere particolare di pazzia, ma una varietà, o il massimo grado di una varietà affatto speciale della melancolia. Questo medico trova con ragione molta analogia tra lo stato degli alienati stupidi e lo stato del sogno. La stupidità è dessa legata, come dice il Signor Etoc, ad una lesione costante, a un edema del cervello? E' questo un punto che attende novelle ricerche.

Allucinazioni. — Abbiamo già parlato di questo fenomeno, uno de' più curiosi nello studio della pazzia. Ripetiamo qui che avvi allucinazioni quando si provano certe sensazioni senza che esista allo esterno o negli organi de' sensi alcuna causa distinta di eccitamento. È un fenomeno puramente cerebrale, una sensazione prodotta senza impressione esterna.

L'allucinazione è uno de' sintomi più comuni dell'alienazione mentale: esso lo è a tal segno che Esquirol afferma che si osserva almeno ottanta volte su cento alienati. La forma delle allucinazioni varia poi secondo il genere di delirio: quindi sono versatili ed incoerenti nella mania, tenaci ed oppressive nella lipemania, persistenti ed espansive nella monomania, rare e fugaci nella demenza, confuse e come velate nella stupidità (Macario).

Gli autori che specialmente si sono occupati delle allucinazioni non sono affatto di accordo sulla natura di questo fenomeno. Gli uni, con Esquirol, lo considera come puramente psichico e cerebrale; altri pensano, al contrario, che non può prodursi senza lo intervento degli organi de' sensi. I primi non veggono negli allucinati che idee riprodotte dalla memoria, associate dalla immaginazione, riprodotte dall'abitudine: i secondi ammettono la realtà delle sensazioni accusate dagli ammalati. Il Signor Baillarger in un importante lavoro, il quale è stato coronato dall'Accademia di medicina, e che è inserito nel t. XII.^o delle memorie di questa illustre compagnia, ha cercato a conciliare queste due opinioni, che accusa per essere troppo esclusive. Egli stabilisce la esistenza di due specie di false percezioni sensoriali: le une, affatto indipendenti dagli organi de' sensi: queste sono le allucinazioni *psichiche*: le altre, che non sembrerebbero aver luogo senza lo intervento degli apparecchi dei sensi: egli le chiama allucinazioni *psico-sensoriali*.

Molti alienati pretendono che essi sentono il *pensiero* senza alcun rumore di parole, che conservano da *anima ad anima* cogli'interlocutori invisibili, che essi sono dotati di un sesto senso, il *senso del pensiero*, o pure che sentono *delle voci secrete interne*, ec. Tutti questi ammalati non hanno che allucinazioni psichiche. Nella maggior parte delle allucinazioni della vista, per lo contrario, sembra impossibile al Signor Baillarger poter negare lo intervento degli organi de' sensi. Questo distinto medico invoca in favore della sua dottrina la testimonianza di due grandi autorità quella di Müller e di Burdach, i quali tutti due dopo aver provato delle allucinazioni della vista, si sono spiegati sopra questo punto nel modo più preciso. In fatti, per Müller, le visioni sono *realmente degli stati del senso della vista*. « Quando le immagini fantastiche ci assediano, dice Burdach, noi le vediamo *realmente*, cioè che in occasione del pensiero abbiamo nell'*occhio* la stessa sensazione come se un oggetto esterno si trovasse collocato davanti quest'occhio vivente ed aperto. » Il Signor Baillarger à pur ricordato à quest'oggetto che la distinzione di due specie di allucinazioni non è realmente nuova che in patologia, per essere stata ammessa da lungo tempo dagli autori mistici, i quali hanno conosciuto la esistenza delle voci in-

tellestuali che hanno luogo nello spirito e nello interno dell'anima, e le voci *corporali* che colpiscono le orecchia esterne del corpo.

In quanto al modo con cui l'allucinazione si produce, le dissidenze sono tanto grandi quanto quelle che abbiamo indicate. Per esempio, pel Signor Calmeil le allucinazioni più svariate e più numerose avrebbero forse il loro punto di partenza nel sistema nervoso periferico; esse si produrrebbero da fuori in dentro come le sensazioni normali. Questa opinione è stata combattuta dal Signor Baillarger, il quale, tra le altre obiezioni, fa osservare che i rapporti sì stretti delle allucinazioni di molti sensi diverrebbero allora impossibili a potersi spiegare. In che modo concepire, dice egli, che lo alienato il quale vede il diavolo, sente nello stesso tempo un odore di solfo, se queste due sensazioni sono provocate dagli eccitamenti venuti dagli apparati sensori? Perchè un odore di solfo anzichè tutt'altro? Il fatto è affatto semplice, per lo contrario, se la immaginazione è il vero eccitante, e se, come lo dice Burdach, la sensazione nascesse in forza del pensiero

Checchè ne sia conveniamo che il meccanismo è e sarà sempre ignorato. Il Signor Baillarger, dopo aver cercato ad illuminare questa quistione oscura, à procurato pure di determinare le condizioni che favoriscono il prodotto del fenomeno. La prima e la più importante di queste condizioui, secondo lui, sarebbe lo esercizio involontario della memoria e della immaginazione, e la sospensione delle impressioni esterne. Sino a tanto che l'attenzione è fissata, dice egli, le false percezioni sensorie non hanno luogo; esse cominciano, per lo contrario, subito che lo spirito è abbandonato a se stesso, siccome accade durante i sogni della veglia, i sogni del sonno, ec.

Tali sono i principali fatti invocati dal Signor Baillarger per stabilire la sua teoria delle allucinazioni. Abbiamo dato questa con qualche dettaglio, in ragione della importanza del lavoro e del talento col quale l'autore à esposto le sue idee. Confessiamo però che non siamo convinti dello intervento degli apparati sensori nel prodotto delle allucinazioni. Se osavamo emettere una opinione su di ciò, se ci era permesso ravvicinare le allucinazioni di un altro atto cerebrale, diremmo ch'esse ci sembrano analoghe ed anche identiche a' sogni; oltre a chè questo ravvicinamento è stato fatto, questa dottrina è stata sviluppata con gran potenza dal dottor Moreau, nella importante e curiosa opera che questo abile medico à pubblicata sull'*haliisch*.

Checchè ne sia, conviene avvertire dando termine che l'allucinazione non è per noi un segno assoluto della pazzia; che esistono molte allucinazioni le quali si manifestano in quelli sani di spirito e che hanno conoscenza del loro errore. In questo caso, è vero, bisogna che il cervello sia impressionato in un

certo modo; ma è cosa importante non confondere quest' individui ne quali la volontà ha conservato tutto il suo impero con quelli i quali hanno le allucinazioni alla realtà delle quali essi prestano fede, e che divengono per essi la causa di certe idee, la mossa di certe azioni. Pensiamo che questi ultimi debbono considerarsi come pazzi e non altrimenti, o almeno come di uno spirito non perfettamente sano, quali che sieno la loro intelligenza, il loro genio le loro virtù. In fatti torna impossibile non considerare questi tali siccome quelli che in passato, se mi è concesso esprimermi in tal guisa, i limiti della pazzia: un passo di più, e non avvi alcuna differenza tra essi e gli alienati che si chiudono. In fatti, veder cose che non esistono, conversare con esseri sopranaturali o immaginari, sentire suoni armoniosi quando la calma, il silenzio regnano dappertutto, fiutare odori quando non si è vicino ad alcun corpo odoroso, ed essere convinti di tutto ciò, sono questi altrettanti disturbi i quali indicano necessariamente una modifica morbosa del cervello. Tutti i ragionamenti del mondo non potranno mai fare di questi atti un alto ragionevole, nè stabilire che si è buono e sano di spirito quando si sogna svegliato.

Corso della pazzia. — In alcuni casi, la pazzia si manifesta bruscamente; ciò a luogo specialmente quando la malattia vien dietro ad una causa violenta, come una forte scossa morale o un eccesso di alcool. In generale lo sviluppo è lento, graduato; avvi una specie di periodo d'incubazione, durante il quale si manifestano diversi cambiamenti nel carattere e nelle abitudini degli ammalati. Così, gli uni sono inquieti, agitati ciarlieri, gli altri sono tristi, preoccupati; fuggono il mondo, la società. Cert'individui sin'allora sobri, regolati, economici, continenti, divengono intemperanti, ubriaconi, debosciati. Questi cambiamenti sorprendono; ma se lo ammalato non è stato già alienato, è raro che si attribuiscono ad un disturbo mentale. Sotto tutti gli altri rapporti, la salute è buona in generale; alcuni si lagnano però di cefalalgia, e specialmente di veglia. Ma tosto queste persone sono ossesse da idee bizzarre, singolari, che le preoccupano, ma che possono ancora scacciarle. Questo periodo, questa specie d'incubazione, può durare non solo per mesi ma anche per anni interi, poi quest'individui perdono completamente la ragione, in seguito di una debole contrarietà, o di una causa quasi insignificante. I alcuni casi la pazzia sviluppassi bruscamente e con tale violenza, da simulare completamente una meningite; e solamente dopo una osservazione di molti giorni torna possibile fissare la natura della malattia. Il più delle volte però la perdita della ragione ha luogo in un modo meno brusco, ed altri fenomeni fisici non si osservano meno che inappetenza, costipazione e veglia. Una volta dichiarata la malattia, siegue quasi

sempre un corso continuuo, avendo, come dice Esquirol, tre periodi ben distinti: un primo acuto, con sintomi concomitanti; un secondo cronico, quasi sempre esente da sintomi estranei al delirio; in fine il terzo periodo è quello della declinazione. La pazzia à spesso un corso remittente; in questa i disordini cerebrali presentano delle esacerbazioni e delle remissioni ordinariamente irregolari; gli ammalati passano da un delirio all'altro, e le allucinazioni cambiano. Queste esacerbazioni àno luogo il più delle volte senza causa manifesta; nelle donne àno luogo frequentemente ne' periodi della mestruazione: le contrarietà vive ed una temperatura elevata àno spesso questo effetto. Alcuni àn pensato, con Daquin e Dubisson, che le fasi della luna esercitavano sul corso della follia una reale azione; però questa opione, contraddetta da Cox, è stata piuttosto indebolita che confermata da Esquirol, il quale pensa che se alcuni ammalati sono più agitati nella luna piena, è perchè una viva luce penetra allora nelle loro abitazioni. Infine la pazzia può essere intermittente, ed Esquirol ammette che può essere quotidiana, terzana, quartana, mensile, annuale. Abbiamo detto che nella pazzia, le diverse forme del delirio si sostituivano: dobbiamo aggiungere con Esquirol che esse si complicano per formare dei composti binari, ternari: così la lipemania si complica spesso colla mania, la demenza colla mania e la monomania.

Complicazioni, malattie incidenti. — La pazzia, checchè ne abbia detto Mason-Cox non garantisce da alcuna delle malattie intercorrenti epidemiche: essa si complica spesso alle affezioni incidenti estranee al sistema nervoso: si sarà convinto di ciò leggendo il distinto articolo che il Signor Calmeil à inserito nel secondo volume del *Dictionnaire de médecine*, e specialmente il trattato completo che un medico distinto, il Signor Thore à pubblicato ultimamente. Queste malattie incidenti àno una influenza più o meno distinta sulla pazzia, sia, dice Esquirol, che esse ne suspendino il corso, sia che la facciano cessare (cosa rarissima), sia che diano fine a' giorni degli alienati. In tutti i casi, richiedono una speciale attenzione, la loro diagnosi è spesso circondata da numerose difficoltà. I commemorativi in fatti mancano in modo completo; molti accusano mali immaginari, mentre dissimulano le malattie reali. La malattia essa stessa à spesso un corso sordo, insidioso, latente. Devesi pure, tanto ne' adulti come ne' vecchi, tener conto de' menomi cambiamenti avvenuti nelle abitudini e nello stato generale, perchè non è cosa rara vedere quest'individui colpiti da malattie acute, per esempio da una pneumonia, sul punto di terminare colla morte, alzarsi ancora, camminare e mangiare. Ragionevolmente il Signor Thore à insistito su questi diversi punti: così rimandiamo il lettore al suo libro per la soluzione delle quistioni speciali che presenta lo studio delle malattie incidenti degli alienati.

Molti di questi ammalati provano, indipendentemente dalla pazzia, diversi altri accidenti del sistema nervoso, come congestioni cerebrali, movimenti convulsivi, attacchi di epilessia, isterismo, ed infine la più formidabile di tutte, la paralisi. Le malattie che colpiscono gl'insensati, dice il Signor Calmeil, somigliano in generale, in quanto alla loro sede, alla loro natura, alle loro forme, ec., alle malattie che attaccano le persone dotate di ragione: solamente il delirio apporta qualche volta delle modifiche nella maniera con cui i sintomi si sviluppano, si aggruppano, corrono verso il loro esito; però non possiamo di lungo intrattenerci su di ciò.

La complicazione cerebrale più frequente, la più formidabile della pazzia è la paralisi generale. Si osserva, secondo il Signor Calmeil sopra un quarto e più degli uomini ammessi a Charenton: essa è molto meno comune nella donna; colpisce specialmente gl'individui vigorosi. Rara prima di quarant'anni, spiega la sua maggiore influenza da trentacinque a cinquanta, e si mostra pure molto comune al di là di questa età. Il Signor Calmeil, dal quale copio questi risultati, aggiunge che la paralisi generale è più frequente nella classe elevata che nella classe media: si osserva più spesso nella città che nelle campagne.

La paralisi generale è qualche volta un esito della pazzia antica: altre volte la lesione del moto ed i disturbi intellettuali si manifestano quasi simultaneamente. Infine il Signor Bailarger crede che, nella maggior parte de' casi, i disturbi intellettuali sono preceduti da lesioni passeggere de' movimenti. Questa importante quistione richiede novelli fatti in appoggio. Checchè ne sia, il primo sintomo che fissa l'attenzione, è un incomodo, un imbarazzo nella parola, poi le membra perdono le loro forze, gli ammalati barcollano camminando, i movimenti delle braccia hanno meno precisione e l'urina è escretata con difficoltà. La sensibilità è qualche volta alquanto ottusa, ma i sensi sono comunemente intatti. In questo stato, gli ammalati conservano il loro delirio; molti, ma non tutti, presentano di tempo in tempo degli accidenti acuti dipendenti dal cervello, accidenti di congestioni o di semplice esaltamento maniaco. La paralisi progredendo, quest'individui arrivano all'ultimo grado di abrutimento morale, associato ad un degradamento fisico affliggente. (Calmeil). Molti hanno convulsioni epilettiformi o certi accessi di eclampsia che li uccide; quasi tutti finiscono per avere le escare al sacro, e finiscono con qualche malattia incidente, che prende rapidamente un carattere adinamico. Vi sono però di quelli il cui stato migliora di molto, ed in questi casi, siccome l'osserva Bailarger, il delirio cessa più o meno lungo tempo prima della paralisi, o pure sparisce solo completamente, poichè non esiste for-

se esempio che i movimenti riprendano la loro certezza o la loro energia.

La paralisi è un corso ed una durata variabilissima; essa può terminare in alcune settimane: però il Signor Calmeil à fissato la sua durata media a tredici mesi, il Signor Bayle a dieci, il Signor Parchappe a un anno un mese. Negli alienati paralitici si osservano le numerose e svariate lesioni delle meningi e del cervello che abbiamo precedentemente enumerate.

La paralisi generale non è speciale alla pazzia, ma una complicazione frequentissima di questa malattia. In fatti è oggi dimostrato che la paralisi generale si sviluppa qualche volta ed esiste lungo tempo senza alcun disordine nelle idee.

Durata, esito. — La pazzia che guarisce è una variabile durata; quando vien dietro ad un eccesso di bevanda o ad un attacco di epilessia, termina ordinariamente dopo poche ore, dopo alcuni giorni, o più tardi dopo alcune settimane. Dall'altra parte, Pinel cita la osservazione di una donna la quale, continuamente furiosa per venticinque anni, guarì non di meno alla fine di questo lungo intervallo; ma questi casi sono eccezionali, e bisogna stabilire che quasi tutte le guarigioni, cioè gli 11/12 secondo Georget, anno luogo nel corso del primo, poi del secondo anno. Pinel fissa la durata media della pazzia che guarisce, per la mania a cinque mesi, per la lipemania a sei: Esquirol la porta ad un anno circa.

Di rado il ritorno alla ragione à luogo bruscamente; se ciò accade, succede in seguito di una viva emozione, del ritorno delle regole, o nella convalescenza di una malattia acuta o cronica, siccome ne esistono numerosi es: mpt. Quasi sempre però la guarigione si effettua lentamente; gli ammalati divengono più calmi; il numero delle loro idee false diminuisce; pensano ai loro parenti, a' loro amici, desiderano di vederli; conoscono il loro stato; il sonno si ristabilisce, la fisionomia riprende la sua espressione, e s'ingrassano di bel nuovo; infine questi individui ritornano a poco poco al loro stato fisiologico. Cotesti felici cambiamenti si operano quasi sempre senza che si potesse conoscere in modo evidente la influenza di alcun movimento critico. La convalescenza può durare alcune settimane o molti mesi. Avvi di malati i quali una volta guariti, rimangono per qualche tempo tristi, suscettibili ed incapaci di dedicarsi ad alcun lavoro sostenuto; ciò non reca meraviglia. Bisogna diffidare della convalescenza nella quale gl'individui conservano ancora delle bizzarrie nel carattere, delle prevenzioni contro i loro parenti; perchè in queste condizioni le ricadute sono frequentissime. La pazzia è in tutti i casi una delle malattie che più va soggetta alle recidive: le ricadute come le recidive sembrano essere più co-

muni nel povero che nel ricco, potendo questo essere collocato dopo la sua guarigione in più favorevoli condizioni. Uno degli esiti più frequenti della pazzia è il suo passaggio allo stato cronico, poi alla demenza.

La pazzia semplice non uccide quasi mai; però in alcuni casi di mania acuta, gli ammalati, costantemente agitati, privi di sonno, dimagrano, si depauperano e muoiono tra uno o due settenari, senza che l'autopsia rendesse conto de' sintomi, nè di un esito sì rapidamente funesto. Molti alienati muoiono per accidente; quasi tutti però periscono per le malattie incidenti o in seguito della paralisi generale. In somma la pazzia abbrevia sensibilmente la vita; è questa una proposizione che le ricerehe di Monro, Crichton, Ellis e Geogel hanno sanzionato.

Torna opportuno in questo luogo dire una parola di una forma di delirio acuto de' più violenti, che noi consideriamo come una varietà della mania, e sul quale il Signor Brierre di Boismont ha pubblicato recentemente un eccellente lavoro inserito nel XI^o volume delle *Mémoires de l'Académie-royale de médecine*. Questo delirio, che può manifestarsi bruscamente, il più delle volte è preceduto per qualche tempo da un cambiamento nel carattere e nelle abitudini degli ammalati; poi si manifestano i disturbi delle facoltà intellettuali: il delirio è allora violento quasi sempre fragoroso; gli ammalati commettono delle violenze, si è obbligato di fissarli col busto di forza; quasi tutti hanno allucinazioni ed illusioni, ricusano ostinatamente di bere; infine esiste la febbre. Dopo cinque, sei, sette giorni, o una o molte settimane di vivissimo eccitamento, gli ammalati si abbattano, il polso si deprime, la lingua si disicca, e la morte à luogo nel coma. Però l'autopsia non mostra il più delle volte alcuna lesione ne' centri nervosi che potesse spiegare i disordini osservati durante la vita. Quando la malattia à un esito felice, gl' individui ritornano tosto alla salute senza passaggio, altre volte la sola febbre cade, ma il delirio continuando, gli ammalati presentano tutti i sintomi dell'alienazione mentale sotto la sua forma ordinaria.

Diagnosi. — Nella maggior parte de' casi la diagnosi della pazzia non offre alcuna difficoltà, anche quando il suo sviluppo è brusco e violento. Potrà quasi sempre distinguersi da una flemmasia delle meningi e del cervello, e da' deliri sintomatici, per la mancanza della febbre, per la conservazione delle forze, per la espressione della fisionomia, ed avendo riguardo allo stato funzionale ed al corso che siegue il disturbo intellettuale. Siccome i pazzi hanno qualche volta de' lucidi intervalli, altri conoscono il loro stato, ne siegue che il medico può essere indotto in errore e sconsocere la pazzia. In questi casi bisognerà interrogare lungamente lo ammalato, specialmente su i punti princi-

pali del suo delirio. Si cercheranno i suoi antecedenti, le sue abitudini, i suoi costumi; si farà scrivere; s'interrogheranno le persone che vivono con lui, e se sarà necessario, si sottometterà ad un'attenta osservazione per molti giorni. Non bisognerà mai pronunziarsi leggermente; nel dubbio, non si ordinerà che lo ammalato sia coltivato, ma s'invigilerà in modo che non potesse, se realmente è pazzo, nè nuocere a se nè agli altri.

Pronostico. — La pazzia è sempre pericolosa; però vi sono diverse circostanze che rendono il pronostico più o meno grave. Le speranze di guarigione diminuiscono col numero degli anni. Così Esquirol ha stabilito che passati cinquant'anni, si contavano poche cure, mentre che sono comuni da venti a trenta. Un primo accesso guarisce più prontamente di un secondo, ed in generale può dirsi che la malattia è tanto più grave in quanto è stata soggetta alle recidive moltissime volte. La eredità è una circostanza pericolosa. La mania sembra guarire più sollecitamente della monomania e specialmente della lipemania: la pazzia colle idee di grandezza è una delle più ostinate. La demenza è la forma più grave; arrivata ad un certo grado, essa è incurabile. Quando esistono sintomi di paralisi, non si può più contare sopra un esito felice. Le abitudini di ubriachezza, di masturbazione, gli accessi di epilessia sono antecedenti sempre pericolosi. Le pazzie puerperali e generalmente quelle che si dichiarano bruscamente guariscono più prontamente ed in maggior numero di quelle che anno luogo lentamente. La primavera e l'autunno sono le due stagioni nelle quali, dice Esquirol, si veggono il maggior numero delle cure. Le speranze di guarigione sono numerose ne' due primi anni, diminuiscono in seguito tanto più in quanto la malattia si prolunga di vantaggio. Esquirol dice che passato il terzo anno la possibilità delle guarigioni non è che di un trentesimo. Dopo dieci anni, bisogna sperar poco; però abbiain detto che la ragione poteva ritornare dopo un tempo molto più lungo: tale è il fatto che Pinel cita di una donna che aveva passato venticinque anni in uno stato di mania e ricuperò la salute di botto.

Etiologia. — Dietro la maggior parte delle statistiche pubblicate sin oggi, possi stabilire che la pazzia, rarissima nella infanzia ed anche sino a quindici anni, diviene comune dopo il ventesimo anno, che acquista il suo massimo di frequenza da trenta a quarant'anni, che diminuisce progressivamente in seguito sino alla vecchiezza, durante la quale non si osserva che quella specie di degradazione intellettuale chiamata *demenza senile*. Non è provato che questa malattia, siccome si dice, sia sensibilmente più comune nella donna che nell'uomo; oltre a che la proporzione deve variare secondo i paesi. La eredità è una delle cause predisponenti più possenti della pazzia; così si è os-

servato sopra un terzo delle donne ammesse alla Salpêtrière. Esquirol la crede essere di un sesto ne' poveri, e l'ha notata sulla metà e più degli ammalati ricevuti nella sua casa d'Ivry. Si deve dunque concludere che la eredità sia più frequente nella classe ricca che nella classe povera, o pure, non bisogna piuttosto attribuire questi differenti risultati alla impossibilità di avere schiarimenti precisi sulla salute de' parenti di coloro che sono ricevuti agli ospizi? La trasmissione sembra aver luogo con tanta maggior facilità, in quanto che la malattia proviene ad un tempo dal padre e dalla madre; essa si opera più facilmente per la madre che pel padre, proposizione che non è di accordo co' risultati de' signori Thore e Aubanel, ma la cui esattezza è dimostrata dalle ricerche statistiche del Signor Baillarger e del Signor Samuel Hare. Si è pur detto che i fanciulli erano più esposti a cadere ammalati quando erano generati dopo che i loro parenti erano stati colpiti da pazzia. Si pretende pure che i fanciulli degli ubriachi divengono spesso alienati, però la cosa non è per anco dimostrata; come non è sicuro che le scosse morali della madre durante la gestazione potessero, siccome si è preteso, avere lo stesso effetto. Il temperamento nervoso, irritabile, una immaginazione ardente e disordinata, una educazione viziosa che potesse esaltare o abrutire la immaginazione, concorrono del pari a produrre la pazzia. Quasi tutte le statistiche mostrano un maggior numero di pazzi nella classe del celibato. Mancano gli schiarimenti precisi sulla influenza che esercitano le differenti professioni; si ammette però che quelle le quali richiedono molta riflessione di spirito, gli studi sostenuti ed ostinati sono quelli che contano più alienati. Però questa proposizione non è per anco al coperto da qualunque contestazione; dovremo forse dire con Esquirol che, negli uomini d'intelligenza, d'immaginazione, gli eccessi dello studio sono meno spesso la causa della pazzia di quello lo sono gli errori dietetici a' quali la maggior parte si abbandona. In fatti quest'ultima causa è potentissima. Agli eccessi de' liquori spiritosi bisogna aggiungere gli eccessi venerei, e specialmente l'onanismo; la miseria ed i tormenti che trae seco hanno lo stesso effetto. Queste cause riunite spiegano la frequenza della pazzia nelle prostitute, e perchè la malattia è più comune nelle grandi città e specialmente nella città manifatturiere. Si spiega ancora perchè i casi di alienazione mentale sono, a cose eguali però, 4, 5 ed anche 6 volte più numerosi ne' prigionieri che nella popolazione libera. Questo fatto, intraveduto altra volta dal Signor Baillarger, è stato provato direttamente dal Signor Lélut. Non sembra del pari della schiavitù; in fatti risulta dai documenti pubblicati in America, ne' paesi ove esistono de' negri schiavi e di quelli riscattati, che questi offrono un numero mag-

giore di alienati. Checchè ne sia, è certo che la frequenza della pazzia è in rapporto colle istituzioni politiche; là dove le passioni si agitano, là dove esistono partiti e fazioni, ne' paesi sottoposti a' frequenti rovesci, che producono cambiamenti bruschi nella fortuna de' cittadini, bisogna trovare e si trovano in fatti molti pazzi. Esquirol à fatto vedere che le idee dominanti in ciascun secolo influiscono molto ad un tempo e sul numero e sul carattere delle pazzie. Queste sembrano avere il loro massimo di frequenza in età.

Le cause eccitanti della malattia sono numerose; le principali sono; tra le cause fisiche, le contusioni del cranio, una insolazione viva o l'azione di un freddo intenso, gli eccessi de' liquori spiritosi e venerei, gli attacchi di epilessia. Quasi tutte le cause efficienti però della pazzia sono morali; quindi sono i sogni di fortuna, le pene di cuore, i dispiaceri domestici, i perturbamenti occasionali dalle fatiche, dalle veglie, dagli studi forzati; dagli scrupoli di coscienza, dal terrore che ispirano agli spiriti deboli certe prediche. Molte giovanette sono divenute pazze dopo i tentativi di violazione; la soppressione brusca delle regole à spesso avuto lo stesso effetto. Lo stato puerperale sembra essere una causa piuttosto predisponente anzichè efficiente della pazzia; perchè Georget dice che la pazzia dopo i parti non si manifesta mai di seguito, ma dopo una seconda causa morale o altra. Certe malattie acute, come la resipola della faccia, la pneumonia e la febbre tifoidea, divengono qualche volta la causa determinante della pazzia.

Cura. — Per ricondurre il cervello al suo stato normale colpito da pazzia, il medico si serve di due mezzi, consistenti gli uni a dirigere la intelligenza e le passioni dello ammalato in modo a farle servire alla sua guarigione; e questa la cura *morale* o *psichica*; gli altri comprendono tutti i mezzi cavati dalla terapeutica, e ciò costituisce la cura *fisica* o *medica*.

1^a. *Cura morale.* — Tutti i medici abituati a curare gli alienati, consigliano lo isolamento di questi ammalati; si troveranno nelle opere di Esquirol le ragioni gravi che comandano una simile condotta. Per molti motivi si dovranno, salvo alcune eccezioni, collocare gli alienati nelle case speciali anzichè guardarli nelle abitazioni private. Lo isolamento dello alienato lungi da' suoi parenti, da' suoi amici avrà luogo tosto chè la pazzia è ben dichiarata: sarà tanto più efficace in quanto sarà più sollecito e più completo. Se poi il disturbo intellettuale è poco marcato, si potrebbe tentare lo spostamento dello ammalato facendolo viaggiare. Questo mezzo possente, il quale è piuttosto utile per completare la cura, dov'essere diretto con prudenza, e bisognerà che la persona dello alienato sia sempre confidata, in questi casi, alle cure di un abile medico.

Per dirigere convenevolmente la cura morale, il medico deve conoscere esattamente gli antecedenti dello ammalato, i suoi rapporti di famiglia, le cause probabili della sua malattia, gli oggetti su' i quali delira. Gli dovrà mostrare molto interesse, benevolenza, attaccamento, onde ottenere la sua confidenza, poi darà di piglio al disordine cerebrale. Ma qui diversi mezzi vengono in campo: Georget vuole che non si combattino direttamente le idee e le opinioni sragionate degli ammalati pel ragionamento, la discussione, la opposizione, la contraddizione, la beffagine, il rimprovero; anzi consiglia di fissare la loro attenzione sopra oggetti estranei al delirio. comunicare allo spirito di quest'infelici delle idee ed affezioni novelle mediante diverse impressioni; suscitare, se sia possibile una passione alla passion dominante, il che in generale è molto difficile. Il Signor Leuret opera del pari, ma in modo più energico. I ragionamenti essendo quasi inutili e non avendo quasi sempre altro effetto che rendere gli alienati più incaparabili nelle loro opinioni che per lo passato, sostiene i ragionamenti colle ricompense, cogl' incoraggiamenti, col timore ed anche col dolore. Alcuni anno alzato la voce contro questa pratica, ma senza ragione, a parer mio. Il Signor Leuret è stato accusato specialmente d'impiegare il dolore della doccia in tutti casi; però quest'accusa è ingiusta. Il dotto medico riconosce per lo contrario, -ch' essa non è sempre necessaria; dice pure che colui il quale, per guarire gli alienati, non avrebbe altro mezzo che il timore, distruggerebbe ciò che resta in questi ammalati di facoltà intellettuali e morali. Secondo lui bisogna variare i mezzi morali a norma dei casi, il carattere degl'individui: un tale è sensibile a'buoni procedimenti, tal altro all'adulazione; un terzo suscettibile di timore; bisogna colpire la parte debole di ciascuno. Quando la vanità e l'ambizione dominano, bisogna saper mettere in giuoco queste passioni o farle servire di contro peso alle idee deliranti. In molti ammalati insocievoli ed anche stupidi, il Signor Leuret, per risvegliare la loro attenzione, à fatto nascere in essi de'desideri, e loro à creato de'bisogni per ampliare la loro vita di rapporto. Bisogna leggere e meditare il suo libro: certamente tutti i fatti che contiene non sono concludenti; per molti si dubita che la guarigione sia stata completa, definitiva; ma ve ne sono a sufficienza per provare i vantaggi del suo metodo, il quale per essere impiegato richiede un tatto ed una destrezza che disgraziatamente non è a tutti concessa. Da ciò che precede, chiaro risulta che, invece di lusingare le idee deliranti degli ammalati, bisogna per lo contrario combatterle energicamente. Vi sono alcuni casi però ne' quali convien tenere una condotta opposta: così un uomo si crede accusato di un delitto; egli attende con ansietà la sua sentenza, s'improvi-

sa un tribunale che lo assolve, ed egli è guarito. Un altro à ragni, granocchie, scorpioni, nella testa, nel ventre, siccome Ambrogio Paré, Esquirol, il Signor Charcellay, ec. ne citano degli esempli, loro si bendano gli occhi, si pratica una piccola incisione sulla pelle o si amministra un purgante; si mostra loro l'animale, causa di tutti i loro mali, il quale è stato estratto o che hanno espulso per secesso, e spesso si guariscono con questo sutterfugio.

La cura morale si compone pure di tutti que' mezzi capaci di operare una divergenza nelle idee deliranti; tale è il lavoro manuale o intellettuale, secondo gl'individui a' quali viene applicato; tali sono i viaggi, le passeggiate, i giuochi di qualunque specie, la musica, sia che gli ammalati si limitano ad ascoltarla, o eseguirla essi stessi.

2. *Cura fisica.* — La cura medica non è poggiata su principi ben sicuri. Molti mezzi sono stati impiegati contro la pazzia a quali si è dovuto rinunciare. Altra volta si salassava oltre misura, specialmente nella mania. Da principio, Pinel, Esquirol, hanno con ragione biasimato questo metodo barbaro, il quale altro effetto non aveva che di accrescere l'agitazione degli ammalati e farli cadere nella demenza. Il salasso non deve però essere assolutamente proscritto, ma bisogna praticarlo nel solo scopo di combattere le congestioni cerebrali o diverse altre complicazioni, o pure per richiamare una emorragia costituzionale soppressa. Ciò che diciamo del salasso, si applica a' purganti, agli emetici, che non bisogna amministrarne che quando la indicazione evacuante è precisa. I cauteri, i setoni, la moxa, la cauterizzazione col ferro rovente, sono privi di utilità; si potranno usare qualche volta per stabilire una divergenza utile pel dolore che avrà luogo, o per combattere certe complicazioni. Questi mezzi falliscono sempre, chechè ne abbiano detto, contro la paralisi.

I bagni tiepidi sono uno de' mezzi più utili nella cura della pazzia; essi calmano quasi sempre, ma bisognerà prolungarli per molte ore e ripeterli sovente: per la stanchezza che ne siegue eccitano spesso il sonno. Alcuni ammalati si trovano meglio che co' bagni freddi; hanno pur consigliato i bagni d' immersione e le bagnature fredde per coloro i quali han bisogno di essere stimolati. La doccia è di un uso quasi comune nella cura della pazzia, ma è piuttosto un mezzo di repressione anzichè un agente veramente curativo. Diremo quasi altrettanto della macchina rotatoria di Darwin, la quale non è affatto in uso in Francia. Si pensa aver dovuto impiegare contro la pazzia tutti gli antispasmodici e gli stupefacenti conosciuti; però questi mezzi non han giustificato la confidenza che avevano ispirato, e se ne biasima generalmente l'uso; però non siamo della opinione di coloro i quali conservano alcune prevenzioni contro l'oppio, il

quale sembra essere stato utile moltissime volte nelle mani di Wepfer contro la mania. Chechè ne sia, se ripugna come mezzo curativo, niente può controindicarne l'uso quando si amministra solamente per combattere la veglia o per calmare un vivo dolore. Sembra pure che il Signor Moreau abbia ottenuto alcuni buoni effetti dall'amministrazione della *datura stramonium* contro le allucinazioni (10 a 20 centig., poi successivamente 30 in una pozione): però questo medicamento non è per anco sufficientemente giudicato. I tonici, come la china, i ferruginosi e gli amari, trovano il loro uso negl'individui deboli, anemici. La chinachina sarà in oltre più specialmente indicata nelle pazzie intermittenti.

Nella forma del delirio acuto di cui il Signor Briere di Boismont à data la storia, à fatto cavar sangue ma con prudenza, o dare alcuni bagni tiepidi con sprozzature o senza; s'insisterà sopra i rivellenti cutanei ed intestinali.

La guarigione una volta ottenuta, si cercherà di prevenire le recidive collocando il convalescente nelle migliori condizioni possibili. I rivellenti più energici che alcuni impiegano non ànno alcuna efficacia. Questi individui van soggetti alle congestioni cerebrali ed a' movimenti convulsivi; bisognerà combattere questi accidenti co' rivellenti cutanei ed intestinali e colle emissioni sanguigne; però bisogna esser parchi di quest'ultimo mezzo. Il Signor Foville si loda, in simil caso, dello emetico ad alta dose.

DELLA IPOCONDRIA

Sinonimia. — Malattia vaporosa, vapori, malattia immaginaria. — *Ipocondria* deriva dal perchè la sede della malattia è stata da lungo tempo collocata negli organi che occupano gl'ipocondri.

La ipocondria è una specie di monomania trista, caratterizzata da una preoccupazione eccessiva e quasi incessante della salute, e nella quale gl'individui di buona salute o solamente colpiti da una leggiera affezione, si credono in preda ad una grave malattia, e condannati ad una morte certa e più o meno imminente. La ipocondria è dunque, siccome lo à detto con ragione il Signor Michéa, la esagerazione, lo esaltamento del bisogno della conservazione.

Storia. — Alcuni passaggi d'Ippocrate, nel suo 11.^o libro *De Morbis*, si rapportano manifestamente alla ipocondria. La descrizione che dà Diocle di Caryste è la più esatta che ci abbiano lasciato gli autori della remota antichità. Galeno che ce l'ha trasmessa, l'ha completata ed ampliata. Gli scrittori che son

venuti dopo sino al rinascimento hanno copiato Galeno modificando solamente la teoria di questo grand'uomo. Willis comincia per la ipocondria un'era novella, un periodo di progresso, in seguito della localizzazione della malattia nel cervello; ma disgraziatamente molti successori di questo medico non hanno seguito lo impulso ch'egli aveva dato; tali furono specialmente Sydenham, Stahl, Boerhaave e Van-Swieten. F. Hoffmann, poi, messe da banda alcune idee speculative, diede della ipocondria una descrizione delle più fedeli, e la distinse accuratamente dalla malattia isterica. Verso la metà del secolo ultimo comparvero moltissimi lavori speciali, tra i quali si distinguono il libro di Pommé e quello di R. Whytt. Da quest'epoca in poi, il zelo dei medici non si è diminuito, specialmente in Francia: quindi, nel 1802, avemmo l'opera importante, ma alquanto vecchia oggi, di Louyer-Villermay; più tardi comparvero le ricerche di Georget e del Signor Falret, che verranno consultate con frutto; ultimamente, la scienza si è arricchita di due altre opere; una del Signor Brachet, che ha tanto illuminato lo studio di molte nevrosi, l'altra è dovuta al Signor Michéa: infine dobbiamo far parola in modo il più onorevole del Trattato del Signor Fréd. Dubois, intitolato *Histoire philosophique de l'ipocondrie et de l'hysterie*, che conta già tredici anni di pubblicazione, e nel quale risplendono a ciascuna pagina un gran talento di osservazione ed uno spirito filosofico che raramente si trovano oggi.

Anatomia patologica — Nella ipocondria semplice non esiste in alcuna parte, e specialmente ne' centri nervosi, alcuna manifesta lesione: quando la ipocondria è molto antica, si trovano spesso, specialmente negli organi toracici ed addominali, diverse alterazioni infiammatorie ed organiche, che altro non sono, siccome lo vredemo, che complicazioni accidentali della nevrosi cerebrale.

Sintomi, corso. — Gl'individui non presentano dapprima altra cosa che un disturbo puramente mentale: così questi, benchè perfettamente ben portanti, provano ad un tratto inquietudini sulla loro salute; si credono colpiti da tale o tale malattia grave; hanno sinistri presentimenti; interrogano allora i medici, i ciarlatani, le pettegole; leggono anche con avidità i libri di medicina, e riconoscono in loro stessi i sintomi caratteristici di qualche malattia incurabile: tale fu Giovan Giacomo Rousseau, il quale dopo la lettura de' libri di patologia e di anatomia, si credette affetto da polipo del cuore. Gli autori hanno osservato che quasi tutti gl'ipocondriaci cominciavano ad essere preoccupati dello stato de' loro organi digestivi; tutto l'inquieto credono vedere gl'indizi di grave malattia nella patina che la loro lingua presenta qualche volta la mattina a digiuno. Alcuni

si spaventano anche della conformazione più normale; così le papille della lingua sono vegetazioni veneree o un segno di flogosi nello stomaco: l'ugola è essa stessa una escrescenza che deve soffogarli. Alcuni si occupano specialmente del residuo delle digestioni: si crederebbe che esistono monomaniaci i quali non solo esaminano e fiutano, ma gustano per sino le materie fecali? Gli organi respiratori e circolatori sono, dopo gli organi digestivi, quelli per i quali gl'ipocondriaci sono più preoccupati. Così, quanti di quest'infelici si credono, gli uni etici, gli altri colpiti da una malattia organica del cuore! Altri in più piccolo numero, temono per i loro reni, per la loro vescica, per la loro prostata; le donne temono specialmente un carcinoma uterino. Gl'ipocondriaci la cui attenzione si dirige specialmente verso la testa ci diranno ch'essi perdono la ragione, la memoria; ch'essi cadono nella demenza, nella paralisi, nell'apoplessia; ch'essi hanno le febbri cerebrali; che il loro cranio è vuoto, ripieno di acqua; che sono arrabbiati (Michéa). Altri infine sono perseguitati dalla idea di essere infettati dal virus venereo. Tale è il primo periodo della ipocondria. Siccome lo si vede, in tutto ciò non avvi niente di organico: tutta la malattia consiste in un perversimento dell'azione cerebrale; in un disordine mentale, il quale può durare solo per moltissimi anni, come dieci, venti trenta e quaranta.

Però, a forza di credersi ammalati e di concentrare la loro attenzione su qualche organo, gl'ipocondriaci finiscono presto o tardi per provare realmente de' disturbi funzionali, cioè un vero stato malaticcio. Così dopo essersi per lungo tempo preoccupati de' loro organi digestivi, dopo aver preso molti tonici essi si credono debilitanti, o emollienti se si suppongono infiammati; gl'ipocondriaci hanno le digestioni lente, dillicili, dispepsia, o alcuni altri accidenti che caratterizzano le nevrosi delle vie digestive. Colui che si fissa su' i sistemi circolatorio e respiratorio provano battiti di cuore forti, precipitati ed anche irregolari, come lo dimostra un caso rimarchevole osservato da Valsalva: avvi pure oppressione. Ma qui la dispnea, come vien detto dal Signor Michéa, è spesso tutta meccanica, e deriva dal perchè gli ammalati, per timore, non respirano che incompletamente. Si comprende facilmente perchè gl'ipocondriaci i quali si preoccupano della loro testa accusano cefalalgia, ec. Quindi dunque, in questo secondo periodo della ipocondria, si trovano, oltre agli accidenti che esistevano soli nel primo, diversi disturbi, il più delle volte funzionali, puramente nervosi degli organi digestivi sopra i quali si fissano in spezieltà le preoccupazioni degli ammalati.

Infine, sotto la influenza di queste tristi preoccupazioni, del regime che gli ammalati sieguono, forse anche in seguito delle

nevrosi dalle quali sono colpiti, si veggono gli organi che prima non presentavano che disturbi puramente funzionali, divenir più tardi la sede di lesioni organiche diverse, come tubercoli cancro, ec.

I tre periodi che abbiamo ammesso nella ipocondria, secondo il Signor Dubois, non si succedono sempre necessariamente, anzi spesse volte, la malattia non passa il secondo nè anche il primo periodo. Però in questi casi, e qualunque il genere di preoccupazione, gli ammalati sono sospettosi, inquieti barbari; si disturbano per un nulla, sono di difficile commercio, si lagnano incessantemente, dicono avere un disgusto estremo della vita; alcuni chiamano la morte, ma pochi si uccidono, e tutti cercano avidamente consigli dal medico; molti frequentano le cattedre e leggono i libri di medicina. Però, cosa degna di attenzione, malgrado le loro lagnanze ed i loro pretesi patemi, quasi tutti anno le apparenze di una eccellente salute. Così, siccome l'osservava giustamente il Signor Dubois (d'Amiens), ciò che colpisce negl' ipocondriaci, è la molteplicità, la varietà, la mobilità de' disordini; sono questi patemi eccessivi messi in opposizione col poco pericolo del loro stato e le apparenze esterne di una salute quasi sempre buona e spesso florida.

La ipocondria presenta nel suo corso delle esacerbazioni e remissioni; le scosse morali, le passioni tristi, la vista delle persone che soffrono, il racconto di una malattia, ec, aggravano ordinariamente l'affezione. Per lo contrario, un viaggio, una passione, gli affari, distolgono l'attenzione, ed operano un'utile derivazione. Ciò accadde a Rousseau, il quale, andando a piedi da Parigi a Montpellier per farsi guarire da una malattia di cuore, dimenticò di essere ammalato durante le piacevoli distrazioni che provò nel suo viaggio presso la signora Larnage; egli non si ricordò de' suoi mali, scrisse nelle sue Confessioni, che entrando in Montpellier.

Durata, esito. — La ipocondria è una malattia di lunga durata, che persiste qualche volta tanto quanto la vita, ma che però guarisce spessissimo quando non à oltrepassato i due primi periodi. Del pari però delle altre nevrosi, è soggetta alle recidive. Di rado gli ammalati divengono alienati completamente; molti poi provano le allucinazioni.

Diagnosi — Torna impossibile ad un medico istruito poter confondere la ipocondria semplice o ne' suoi due primi periodi con una malattia organica della testa, del petto o del ventre; oltre a chè gl' ipocondriaci avendo il più delle volte tutte le apparenze della salute, malgrado le spaventevoli descrizioni ch'essi fanno della loro sofferenza, le loro dichiarazioni non essendo confermate dalla manifestazione de' sintomi propri alle malattie che accusano, bisognerà necessariamente allontanare qualunque

sospetto di una grave malattia. Non si confonderà la ipocondria colla melancolia, colla lipemania; perchè gl'ipocondriaci si occupano solamente della loro salute, mentre che i pensieri tristi de' melamonicì si riflettono, siccome lo abbiain detto prima sopra oggetti differentissimi. I primi, benchè sragionati sopra un punto, sono atti, quasi tutti, ad attendere alle loro occupazioni, mentre i secondi, sragionati su molti oggetti, e non avendo la conoscenza del loro stato, non possono rimanere nella società; infine gl'ipocondriaci temono di morire e cercano di preservarsi; i melanconici, chiamano la morte, e spesso attentano a' loro giorni. La *spleen* o malattia nera degl'inglesi, non è la ipocondria, perchè gl'individui non accusano alcun patema; ma esenti da pene, e rovinati da' piaceri, incapaci di alcuna emozione, si uccidono per sbarazzarsi del fardello, essi si uccidono per la noia di vivere.

Pronostico. — La ipocondria è una malattia grave, perchè avvelena la esistenza dell'uomo. Quando à luogo sotto la influenza di cause che possono essere facilmente allontanate, se ne trionfa spessissimo; ma se dura lungo tempo, allora è raramente curabile.

Etiologia. — La ipocondria è una malattia certamente ereditaria, ma sembra esserlo ad un grado minore della pazzia propriamente detta. Incomparabilmente più frequente nell'uomo che nella donna, essa colpisce specialmente il primo da trenta cinque a quaranta cinque anni, e la seconda verso la età critica. È rara ne' giovani, e sconosciuta ne' ragazzi; si è detto che i celibi vi erano più esposti. Le opinioni più contraddittorie regnano sulla influenza che i diversi climi esercitano sullo sviluppo della malattia: così Hofmann e Reveillon sostengono essere più frequente ne' paesi freddi; Van-Swieten, Bosquillon, Georges sono di contrario avviso. Però non possediamo alcuno studio comparativo su questo soggetto: oltre a chè se vi era una differenza tra il Nord ed il Mezzogiorno, bisognerebbe cercar di sapere se essa dipende unicamente dal clima anzichè dalle abitudini, dal modo di vivere; dalle istituzioni politiche e religiose, dalla educazione, circostanze le quali tutte possono avere una parte più o meno attiva nello sviluppo della malattia. Così si è detto, con qualche apparenza di ragione, che una educazione effeminata, che la mancanza di qualunque credenza religiosa, che il materialismo, il sensualismo e lo scetticismo, che sviluppano oltre modo il sentimento *del me*, dovevano favorire la ipocondria. Si è pur preteso che ne' paesi d'istituzioni repubblicane e di un governo rappresentativo, la ipocondria era una malattia più frequente che in qualunque altro luogo, atteso che un maggior numero di spiriti ivi sono eccitati dall'ambizione, e che si vedono molto più che altrove de' cambiamenti bruschi di posi-

zione e di fortuna, ed il passaggio rapido da una vita agitata ad un riposo assoluto. Ciò si applica del pari a tutti i paesi a tutti gli uomini d'intelligenza e di attività, a' militari, a' funzionari, de' quali moltissimi divengono ipocondriaci da che sono messi in riposo. Dicasi del pari de' marinari messi al ritiro, ed anche quando fanno lunghe navigazioni; de' negozianti arricchiti, i quali, come dice Michèa, sono generalmente estranei alle risorse del pensiero, e ne' quali la occupazione della persona tende a sostituire la occupazione degli affari: si può dire altrettanto delle genti di ufficio. Sono stati citati anche siccome frequentemente colpiti da ipocondria gli artisti, i letterati ed i poeti, e generalmente quelli che esercitano una professione immaginativa. Avvi forse differenza tra questi e quelli che si occupano di cose astratte? ecco quello che ignoriamo; checchè ne sia però, può dirsi che, tra tutte le professioni liberali, non avviene alcuna che conti tanti ipocondriaci quanto la medicina. Tutto ciò che precede spiega perchè la ipocondria è una malattia che affetta quasi esclusivamente la classe ricca; come suol dirsi, è una delle piaghe del supremo rango. Infine, per dar termine, diremo che la conversazione de' ipocondriaci, e che la lettura delle opere di medicina; la manustuprazione, e quasi tutte le cause che snervano, che indeboliscono il sistema nervoso, sono il più delle volte cause predisponenti, ma esse agiscono anche come cause efficienti.

Cura. — Prima di tutto, bisogna determinare se la ipocondria sia semplice o ligata ad una lesione funzionale o organica: in tal caso bisogna prima curare questa, e se dopo averne trionfato, la ipocondria continua, si attacca con i mezzi speciali cavati specialmente dalla igienica. Così si cercherà di portar l'attenzione degli ammalati sopra altri oggetti esclusi quelli che li occupano; per ottenere questo risultato bisognerà rompere le abitudini. Per esempio, se sono nella solitudine, la lasceranno; se oziosi, si faranno occupare; si cercherà a far occupare la loro intelligenza senza stancarla; s'imiterà Celso, il quale voleva che coltivassero la loro memoria, e recitassero ciò che avevano imparato a memoria. Si consiglieranno le passeggiate a piedi, a cavallo e diversi esercizi secondo il gusto di ciascuno: così gli uni si eserciteranno alla caccia, altri alla coltura de' giardini, allo esercizio di un'arte meccanica o a certi giuochi, come il bigliardo, le carte, ec., ec. I viaggi sono pure un utile ausiliario: infine bisognerà che le persone che vivono colto ammalato non facessero cosa alcuna che potesse ricordargli le sue idee, che anzi cercheranno, colla loro conversazione ed il loro brio, di procurare un'utile distrazione. Lo stesso medico deve concorrervi; egli deve cercare a coltivarsi la confidenza dello ipocondrico; per ciò non bisogna contrariarlo nè dubitare

delle sue sofferenze, ma compiangerlo, assicurandolo e persuadendolo ch'egli è colpito soltanto da una leggiera malattia che l'arte può combattere efficacemente. Molto si è discusso per sapere se bisognava permettere agli ipocondriaci i rapporti sessuali, ma è cosa evidente che niente può ammettersi di assoluto a questo riguardo; bisogna condursi secondo le forze, le abitudini, i bisogni degl'individui,

Gli agenti farmaceutici sono inutili per loro stessi a modificare lo stato intellettuale; però saranno amministrati nello scopo di combattere le complicazioni, le affezioni nervose o organiche che hanno potuto determinare le ipocondria, e che più spesso ne sono la conseguenza.

Sede. — In generale hanno considerato la ipocondria come una malattia la quale riconosce per causa una lesione di uno de' visceri addominali, specialmente dello stomaco, della milza, dell'epate, della vena porta. Molti hanno invocato la influenza degli spiriti animali, e Willis specialmente, il quale ammette questa idea, credeva che la irregolarità del loro corso era piuttosto la causa degli accidenti anzichè il cattivo stato degli organi digestivi. Questo pensiero riprodotto con più precisione da Cullen, è stato pur anco fecondato dagli autori contemporanei, i quali lo hanno spogliato da qualunque idea ipotetica. Così Georget, i signori Falret, Dubois (d'Amiens), sono di accordo a considerare la ipocondria come un disturbo cerebrale primitivo, ed è impossibile di non adottare questa opinione quando si presta attenzione al modo come la ipocondria sviluppa ed al corso che siegue. Senza voler entrare di bel nuovo ne' dettagli che abbiamo esposti precedentemente, ricorderemo che la ipocondria comincia quasi sempre in mezzo alla salute mediante una preoccupazione trista, una idea priva di ragione. Però è vero che qualche volta il disturbo cerebrale è consecutivo ad una reale sofferenza; questa non presenta allora che la parte di una causa eccitante, ma il principio della stessa malattia in questo caso rimane assolutamente lo stesso.

DELLO IDIOTISMO

Lo idiotismo è uno stato sempre congenito consistente nel difetto dello sviluppo o nello sviluppo incompleto delle facoltà intellettuali, morali ed affettive.

Anatomia patologica. — Hanno ammesso per lungo tempo che tutti gl'idioti presentavano qualche vizio di conformazione del cranio. Esquirol, sin dal principio di questo secolo, e più di recente il Signor Parchappe, hanno sconvolto questa proposizione esclusiva; essi hanno dimostrato che non vi era nè forma nè volume di cranio proprio allo idiotismo, e che molti idioti

avevano questa parte regolarmente conformata. Uno de' medici i cui lavori meritano di formare autorità, il Signor Lélut, a pubblicato nella *Gazzetta medicale* del 1837 sullo sviluppo del cranio degli idioti, alcune ricerche di un alto interesse. Egli ne à conchiuso che, preso in modo assoluto e senza aver riguardo alla statura, lo sviluppo generale del cranio degl' idioti era alquanto minore di quello degli uomini di una intelligenza ordinaria, e che i primi non avevano la metà frontale del cranio meno sviluppata di quelli a' quali li paragoniamo. Tenendo conto della statura degl' idioti, la quale è più piccola di quella degli altri uomini, si trova, dice il Signor Lélut, che lo sviluppo totale del cranio de' primi preso in massa è di 15 millim. più grande di quello de' secondi, e che l' ampiezza del fronte è di 17 a 18 millim. più grande di quello degli uomini dotati di una intelligenza ordinaria. Quantunque poggiate sopra moltissimi fatti, le proposizioni del Signor Lélut si allontanano troppo dalle idee ricevute, perchè non sia necessario verificarle di nuovo, prima di adottarle definitivamente.

Hanno indicato gl' idioti siccome quelli che ànno tutti il cranio più o meno alterato nella sua forma esterna; ciò, sebbene generalmente vero offre moltissime eccezioni. Oltre a chè queste alterazioni di forma variano molto ne' diversi individui, e nessuna di essa è caratteristica. Le più frequenti sono un difetto di simetria tra ciascuna metà del cranio e lo appianamento del coronale o dell' occipitale. Esaminando comparativamente il peso del cervello negl' idioti ed in quelli dotati d' intelligenza, il Signor Lélut à trovato che quest' organo era più leggiero ne' primi di un 13° circa. Però questo medico riconosce che non avvi rapporto diretto, costante, tra lo sviluppo della intelligenza ed il peso dello encefalo, e che i differenti gradi d' idiotismo non sono misurati dal peso di quest' organo, o pure da quello delle sue diverse parti prese isolatamente.

Il cervello degl' idioti può essere regolarmente conformato; il più delle volte presenta qualche vizio di conformazione, come un arresto di sviluppo parziale o generale, o pure avvi assenza, distruzione di alcune delle sue parti, ec.

Divisioni. — Allo esempio di Esquirol classificheremo gl' idioti in due gruppi. Nel primo sono gl' *imbecilli*, nel secondo si trovano gl' *idioti* propriamente detti. Si potrebbe fare una terza classe per i *cretini*.

1° *Imbecillità.* Gl' imbecilli sono in generale ben conformati, e la loro organizzazione, dice Esquirol, differisce poco dalla organizzazione normale; essi godono delle facoltà intellettuali ed affettive, ma ad un grado più debole degli altri uomini; qualche volta sono incapaci di attenzione; ànno una memoria poco attiva ed infedele; non possono elevarsi ad alcuna nozione astratta,

Alcuni apprendono la lettura, la scrittura o un mestiere; ma la loro istruzione a questo riguardo è sempre incompleta e limitatissima. Se alcuni sono suscettibili di riconoscenza di amicizia, si può dire che, in generale, le loro affezioni sono poco durevoli. I desiderî venerei sono sviluppatissimi in molti; frequentemente si abbandonano all' onanismo con una specie di furore. Abbandonati a loro stessi, gl' imbecilli si degradano facilmente, si nutrono male; sono malpropri, si danno in preda agli errori dietetici: quindi la loro salute si altera, la poca intelligenza di cui erano dotati s' indebolisce, ed arriva un tempo che un imbecille condotto in un ospizio presenta, dopo alcuni anni tutti i caratteri dello idiotismo.

2° *Idiotismo*. — L' idiotismo è l' ultimo termine del degradamento umano. Infatti, qui le facoltà intellettuali e morali sono quasi negative ed anche estinte, gl' istinti soli durano; avvi pure de' casi in cui sono negativi. Gl' idioti sono quasi tutti muti; sono sporchi al di là di qualunque espressione; quasi tutti hanno una sensibilità ottusa: molti presentano de' disordini nella motilità, specialmente una paralisi o almeno una debolezza in certi muscoli, ciò che rende alcuni de' loro movimenti incerti ed anche impossibili. Avvene di quelli che hanno il ticchio, restremazione della colonna. Pochissimi idioti sono sensibili alla musica e suscettibili di ritenere e ripetere alcuni motivi; non avvene che un piccol numero che imparano non a leggere, ma a sillabare, e qualche volta tutta la loro scienza si limita il più delle volte a conoscere soltanto alcun lettere dell' alfabeto. Gl' idioti sono timidi, poltroni; le loro facoltà affettive sono per lo più negative; molti sono malvaggi. In generale possono mangiar soli, ma lo praticano sporcamente, con voracità e senza discernimento. Il più delle volte bisogna coricarli, vestirli spogliarli.

Quando il degradamento è anche più completo, gl' idioti somigliano agli automi; rimangono rannicchiati qualche volta le intere giornate; altri camminano a quattro piedi; quelli che camminano lo fanno ad onda, a guisa di anitra; i sensi sono più o meno ottusi, alcuni sono spenti o perversi; la sensibilità generale in spezzellata può essere talmente alterata, che si son vedute idiote partorire, soffrire operazioni dolorose, bruciarsi vive, senza manifestarne la menoma conoscenza, senza lagnarsi affatto, ed anche sorridere. Essi non sono suscettibili di alcun sentimento nè di odio nè di amore: quasi tutti non saprebbero mangiar soli; bisogna introdurre gli alimenti nella bocca e qualche volta sin nello esofago. Molti di quest' infelici sono rachitici ed epilettici.

3. *Cretinismo*. — Il cretinismo è una forma d' idiotismo che regna endemico in certi luoghi, specialmente in alcune vallate delle Alpi e de' Pirenei, e che si accompagna ordinaria-

mente ad alcune deformità esterne, specialmente allo sviluppo ipotrofico del corpo tiroide (vedi *Gozzo*). Un abile osservatore, il dottor Cerise, il quale à studiato il cretinismo con molta cura, à provato che la testa de'cretini era spesso asimetrica, mal conformata; egli à trovato frequentemente una depressione sopra orbitale o fronto-temporale più o meno distinta; ma lo sviluppo del cranio in generale era molto, poichè oltrepassava la media che trovasi negli altri individui. Si può pure ammettere ne'cretini degli imbecilli e degli idioti.

Lo idiotismo è una malattia necessariamente incurabile ed abbrevia di molto la esistenza; quasi tutti quest'infelici muoiono giovani; gl'imbecilli soli possono arrivare ad una vecchiezza avanzata, ma gl'idioti di basso rango periscono ad una età tenera, e raramente oltrepassano il venticinquesimo anno. Quasi tutti muoiono etici, scrofolosi, o per qualche malattia delle vie digestive, spesso eccitata dalla loro voracità.

Diagnosi. — Per lungo tempo ànno confuso lo idiotismo e la demenza; ma questi due stati sono essenzialmente differenti l'uno dall'altro, perchè l'idiotismo comincia colla vita: è una mancanza congenita delle facoltà intellettuali ed affettive, mentre che la demenza è la sospensione o la distruzione di queste facoltà dopo il loro sviluppo. L'uomo demente, dice Esquirol, è un ricco divenuto povero; l'idioti, al contrario, è stato sempre nello infortunio e nella miseria.

Etiologia. — Nulla si conosce di preciso sulle cause dello idiotismo, ànno considerato la malattia siccome quella che si manifestava spesso dopo i tentativi di aborto, dopo i colpi, le cadute sull'addome, o quando le donne sono state soggette durante la gravidanza alle vive emozioni dell'anima. Un parto difficile, le manovre col forcipe fatte senza prevenzione, sono stati considerati siccome capaci dello stesso effetto. Ma la influenza di queste cause non è per niente dimostrata. In certi casi, lo idiotismo si liga ad un arresto di sviluppo del cranio o del cervello, o ad una distruzione parziale di quest'organo siccome lo àbbiamo già notato parlando dell'agenesia cerebrale. Lo idiotismo è più frequente nelle campagne che nelle città; costituisce spesso una malattia ereditaria. Àbbiam detto che poteva regnare endemicamente in certe vallate umide; essa coincide allora quasi sempre con il gozzo. Questa deformità non deve essere considerata come causa dello idiotismo, ma come quella che sviluppa sotto la influenza delle stesse condizioni di quest'ultima (vedi *Gozzo*).

Cura. — Se lo idiotismo non può guarire, almeno è in poter del medico di migliorare la posizione degl'infelici che ne sono affetti. Bisogna anzi tutto collocarli nelle condizioni igieniche favorevoli, nutrirli bene, mantenerli propri ed esercitar-

li, siccome vien consigliato da Itard. Nello stesso tempo si procurerà a migliorare colla educazione il loro stato intellettuale. In questo incarico penoso ed onorevole non si potrebbe aver miglior guida quanto i lavori d'Itard e del Signor Seguin. Si leggerà con molta ammirazione il trattato speciale pubblicato da quest'ultimo sugl' idioti, e la serie de' mezzi che il suo spirito ingegnoso sa opporre agli ostacoli senza numero che gli presentano le nature refrattarie ch'egli combatte. Ne' paesi ove il cretinismo è endemico, si è consigliato di trasportare i fanciulli che ne erano colpiti al di là della zona nella quale la malattia regnava. I bei risultati ottenuti agendo in tal guisa debbono incoraggiare la perseveranza in questa condotta. Si può migliorare la intelligenza de' cretini come quella degl' idioti; è questo un incarico che coltiva con successo, nel cantone di Berna, il dottor Guggenbuhl.

QUARTO GENERE DI NEVROSI

NEVROSI COMPLESSE

DELLA ECLAMPSIA DE' FANCIULLI

Sinonimia. — Convulsioni de' fanciulli, movimenti convulsivi *insultus epilepticus*, *epilepsia puerilis*

Sotto il nome di eclampsia, sono state confuse moltissime malattie della infanzia avendo per carattere comune i movimenti convulsivi. Oggi però bisogna dare a questa espressione un senso più preciso, e consacrarla esclusivamente per indicare le convulsioni simpatiche o idiopatiche, fuori che la epilessia, le quali non si ligano ad alcun alterazione manifesta de' centri nervosi.

Storia. — Le convulsioni anno fissato di tempo in tempo l'attenzione de' medici. Voler dare la storia incominciando da Ippocrate sino a noi, varrebbe lo stesso fare quella di tutta la medicina; oltre a chè questo punto è stato trattato estesissimamente da un dotto medico, il Signor Brachet, nel suo *Traité des convulsions de l'enfance*. Questo libro molto superiore a quello che Baumes scrisse sullo stesso soggetto al principiar di questo secolo, è colmo di fatti pratici interessanti; ma forse troppo spesso l'autore a confuso le differenti specie di convulsioni, e noi rimproveriamo alla sua critica di non essere stata sempre abbastanza severa. Questo libro, e quello del dottor Zangherl di Vienna, credo essere il solo trattato moderno sulle convulsioni de' fanciulli; però in tutti i paesi molte dissertazioni ed ac-

ticoli sono stati scritti su queste malattie, tra i quali distingueremo quello inserito da' signori Guersant e Blache nella seconda edizione del *Dictionnaire de médecine*.

Anatomia patologica. — Ne' fanciulli morti dopo uno o molti attacchi di eclampsia, non trovasi, nè nel cervello, nè nella midolla, nè ne' loro involucri, alcuna manifesta alterazione. Però alcune volte la sostanza encefalica è più o meno congestionata; ma questa lesione non è costante; i polmoni sono pure qualche volta zeppi di sangue nero, come nell'asfissia; in moltissime circostanze la ispezion cadaverica non solamente può spiegare gli accidenti osservati durante la vita, ma nè anche farci conoscere il modo con cui la morte à avuto luogo.

Sintomi, corso. — La eclampsia si manifesta spesso in modo brusco e senza causa; alcune volte si osservano certi prodromi; così i fanciulli sono irritabili, tristi; non dormono, o provano sonnolenza, un sonno agitato, o pure la loro faccia è più colorata; i loro occhi sono risplendenti, fissi nello sguardo, ec. Infine si manifestano le convulsioni, che sono generali o parziali. Nel primo caso, dice il Signor Lecoeur (di Caen), autore di una buona tese sulla eclampsia, la fisionomia prende un'aria di dolore e di spavento; gli occhi sono aperti o chiusi, lacrimosi, rovesciati, agitati da rapide scosse; le pupille sono dilatate; i tratti della faccia tesi, deviati; i muscoli eseguono alternativamente de'movimenti bruschi e violenti di stendimento e di flessione, spesso sono rovesciati, deviati; l'avambraccio è di ordinario in un moto di pronazion forzata; le dita sono fortemente piegate nella palma della mano; in generale, in simili casi, la respirazione è penosa, imbarazzata, interrotta da gridi piagnolosi, perchè i muscoli del petto prendono parte allo stato convulsivo generale; allora il polso è piccolissimo, di una estrema frequenza, e spesso irregolare; la faccia, pallida o iniettata, diviene azzurrognola, livida, specialmente le labbra. Il fanciullo privo di conoscenza, è completamente estraneo a tutto ciò che lo circonda, e la stessa sensibilità è qualche volta intieramente abolita; infine la pelle è coperta di sudori, e la temperatura del corpo è spesso aumentata; però non è mica provato, siccome Alf. Leroy lo à detto che esiste un calore più vivo alla fronte ed al livello della grande fontanella che altrove.

Però le convulsioni non ànno ordinariamente questo grado di violenza; quindi sono qualche volta limitate ad una metà del corpo, o pure alle parti sotto o sopra diaframmatiche, specialmente al collo, alla faccia o solamente ad alcuni punti di queste regioni. In questi casi la sensibilità persiste, la intelligenza non è perfettamente abolita, le funzioni organiche non sono turbate; appena si osserva in alcuni casi un leggiero acceleramento de'movimenti respiratori. Ne' ragazzi molto teneri, spe-

cialmente ne' neonati, la eclampsia, secondo i signori Guersant e Blache, può manifestarsi con i caratteri anche meno specchiatissimi e può essere più circoscritta. Questi abili medici sarebbero portati a credere che la malattia è estranea quasi all'apparato cerebro-spinale, e che à sede soltanto nel sistema ganglionare. In fatti, in questi casi, gli accessi si manifestano con un rapido acceleramento de' movimenti respiratori, con pallidezza del volto, colorito violaceo delle labbra, fissazione degli occhi; fenomeni i quali, dopo aver durato appena alcuni secondi, si dissipano, poi tutte le funzioni ritornano allo stato normale.

Può aver luogo un solo attacco, altre volte molti si succedono a brevi intervalli; moltissimi possono assalire il piccolo ammalato nello spazio di uno o molti giorni, in modo da non lasciar che brevi intervalli di calma. In generale le convulsioni hanno luogo piuttosto il giorno che la notte; la luce solare sembra esacerbarle. Il ritorno della intelligenza sembra qualche volta rapidissimo, e arriva spesso subito dopo che le convulsioni son cessate. Ma quando avvi molti parossismi, i fanciulli rimangono ordinariamente per qualche tempo assopiti, abbattuti; àn lo sguardo attonito, stupido; provano una estrema stanchezza, e non riacquistano che lentamente la pienezza della loro ragione. Se per lo contrario, gli accessi sono lontani, se per esempio, non avvenè che due o tre nel corso del giorno, che sono poco intensi, il fanciullo sarà allora molto calmo negli intervalli, egli sarà senza febbre; qualche volta si osserverà solamente un poco di tendenza alla sonnolenza. Una volta ritornato a se stesso, il piccolo ammalato è quasi nello stesso stato in cui trovavasi prima dello attacco; alcune volte però si vede ch'egli à perduto uno o molti sensi o che è paralizzato di un membro, il che indica che una profonda alterazione è sopravvenuta nel cervello.

Esiti. — Le convulsioni producono spesso la morte. Questa à luogo dopo un solo attacco violento; il più delle volte però in seguito di frequenti e ripetute crisi. La morte à luogo ora per effetto di una congestione cerebrale, ora per asfissia; in fine qualche volta, non trovando sull'autopsia lesioni sufficienti per spiegare la morte, si fa questa dipendere da una sincope o da una sospensione della innervazione.

Quando la malattia à un esito felice, i sintomi cessano rapidamente o a poco a poco. Se vi sono molti accessi, si allontanano, e la loro intensità va diminuendo. La miglioria à luogo quasi sempre senza crisi.

Diagnosi. — Vedremo in seguito in che modo potrassi distinguere la eclampsia dalla epilessia. Chechè ne abbia detto il Signor Brachet, non può esservi alcuna difficoltà nella diagnosi tra la eclampsia e la idrofobia; perchè in questa, avvi un orrore invincibile per i liquidi, uno spasimo rimarchevole de' mus-

coli respiratori ed uno sputacchiar continuato. Torna però difficile cosa determinare, almeno allo sviluppo, se le convulsioni siano essenziali o sintomatiche di qualche profonda alterazione de' centri nervosi. Avendo riguardo poi alla brusca invasione della malattia, e specialmente al suo corso, si preciserà la diagnosi. Infatti le affezioni cerebrali qualunque esse sieno, sviluppano di rado le convulsioni, queste non hanno luogo che consecutivamente.

Pronostico. — Le convulsioni costituiscono uno stato grave che deve sempre eccitare la sollecitudine del medico. Diverse circostanze poi possono rendere il pronostico più o meno pericoloso. Così a cose eguali, la eclampsia sembra meno grave a' signori Brachet, Guersant e Blache, nella prima infanzia che ad una età più avanzata. Quella che si manifesta sotto la influenza di una causa passaggiera facile ad essere allontanata ordinariamente non è pericolosa; si dice per lo contrario che le convulsioni dipendenti dagli errori dietetici, da uno spavento, o pure quelle che vengon dietro ad una emozione viva sofferta dalla nutrice, sono più pericolose delle altre; questa opinione non può esser ancora appoggiata da' fatti sufficienti per essere accettata come cosa dimostrata. Ciò che avvi di certo si è, che il pericolo è tanto maggiore in quanto le convulsioni sono più generali, che le crisi sono più ravvicinate, che gli accessi sono più violenti e le facoltà più completamente abolite ne' loro intervalli. La febbre è pure una circostanza aggravante, perchè si liga quasi sempre ad una complicazione: per conseguenza non sapremo, con alcuni ippocratici, considerare la febbre come una specie di crisi delle convulsioni, e come una felice circostanza. Le convulsioni; avendo luogo allo sviluppo o nel corso di qualunque siasi malattia, poco importa, dovranno sempre render grave il pronostico; numerosi fatti hanno oggi provato quanto fosse poco fondata la opinione di Sydenham, il quale riguardava i movimenti convulsivi che si affacciavano durante i prodromi de' vaiuoli come indizio che la eruzione sarà discreta e la malattia benigna.

Etiologia. — La eclampsia si osserva specialmente ne' giovanissimi fanciulli. Si osserva quasi egualmente ne' ragazzi e nelle ragazze; ma siccome l'osserva il nostro amico il dottor Lecoœur, professore alla scuola di Caen, il sesso è senza influenza nel primo periodo della infanzia, mentre che più tardi, le convulsioni idiopatiche e sintomatiche sono più comuni nelle ragazze che ne' ragazzi nella proporzione di 3 a 1. Questa differenza dipende senza dubbio meno dal sesso che dal predominio del temperamento nervoso nelle piccole ragazze dopo la età di sette anni. Gli autori considerano come specialmente disposti alle convulsioni i ragazzi la cui intelligenza è precoce, quelli che

anno una fisionomia mobile, che sono impressionabili ed il cui sonno è agitato. Beaumes dice in oltre che i fanciulli che anno una testa voluminosa sono più particolarmente predisposti alle convulsioni; ma la esattezza di questa proposizione, ripetuta per altro da tutti, è messa in dubbio da due uomini sperimentati, i signori Blache e Guersant. Cheche ne sia una causa predisponente, ben altrimenti possente, e della quale quasi nessuno mette in dubbio la influenza, e la eredità, o almeno una disposizione organica speciale agl' individui di una stessa famiglia; così si citano famiglie delle quali tutti i fanciulli muoiono per le convulsioni. Si legge in una tese del Signor Duclos (1847) un esempio distintissimo della predisposizione alle malattie convulsive di natura grave che i parenti possono trasmettere a' loro figliuoli. È meno provato che le emozioni morali della madre durante la gravidanza potessero predisporre i fanciulli all' eclampsia: però si citano alcuni fatti in appoggio di questa dottrina, ma non sono tanto numerosi per provare che non vi sia stata che una semplice coincidenza.

Ne' fanciulli predisposti, le convulsioni si manifestano sotto la influenza di moltissime cause: così lo spavento, la collera, un dolore vivo, il titillamento, il soggiorno in un appartamento troppo caldo, o pure un freddo troppo vivo, una indigestione, una leggiera emorragia, possono provarle: il travaglio della dentizione à spesso lo stesso risultato. Alcuni fatti provano pure che le emozioni della nutrice, possono riflettere in modo pericoloso sul fanciullo, e risvegliare le convulsioni; diciamo però che i casi di questo genere sono più rari di quello si crede. Avvi infine di fanciulli talmente predisposti che le convulsioni si manifestano in essi dietro la menoma causa: quindi negli uni basta un semplice accesso di febbre esimera per eccitarle; i conati della pertosse anno qualche volta lo stesso effetto in altri. Molti medici, e specialmente il volgo, rapportano spesso le convulsioni de' fanciulli alla presenza degli entozoi nel tubo digestivo. Abbiamo detto precedentemente parlando degli entozoi, che questa opinione non era priva di fondamento: però si erano molto esagerati i disordini locali o sintomatici che i vermi intestinali potevano produrre.

Cura. — Giunto presso un fanciullo colpito da convulsione bisogna seguire i precetti che i Signori Guersant e Blache anno sì abilmente dati. Si spoglierà lo ammalato, sbarazzandolo da qualunque ligame, e se trovasi in un luogo caldo, si transporterà in un luogo fresco. Queste precauzioni sono state spesso sufficienti per ridonare prontamente la vita a' fanciulli che sembravano in uno stato grave. Nello stesso tempo bisognerà informarsi dello stato di salute abituale dello ammalato e del suo regime; si cercherà a conoscere la natura e la quantità di ali-

menti che à mangiati nel suo ultimo pranzo; si esplorerà il ventre con cura per sapere se sia doloroso; si cercherà colla percussione a valutare il volume dello stomaco. Se saremo obbligati far dipendere le convulsioni da una difficile digestione, da un distendimento dello stomaco per effetto degli alimenti, si provocherà la loro espulsione mediante l'amministrazione di un vomitivo o col solletico dell'ugola. Nel caso in cui le convulsioni sono violentissime, quando avvi trisma, e che la reazione è viva, i Signori Guersant e Blache consigliano un leggiero salasso prima di amministrare il vomito, affin di facilitare in seguito l'amministrazione degli evacuati gastro-intestinali.

Se il fanciullo è all'epoca della eruzione de' denti, si esaminano le gengive, e nel caso in cui queste saranno tese, dolorose, si praticherà una incisione a croce per far cessare quella specie di strozzamento.

Ne' casi in cui torna impossibile risalire alla causa delle convulsioni, e quando il fanciullo è forte, pletorico, quando la faccia è iniettata, voluttuosa, si deve combattere la congestione cefalica mediante alcune sanguisughe applicate dietro l'orecchio, i rivellenti volanti sulle estremità inferiori, le applicazioni fredde sulla fronte e l'uso de' leggieri minorativi. È in questi casi che il Signor Trousseau sembra aver ottenuto buoni risultati colla compressione delle carotidi. Dopo queste, ànno consigliato di tuffare gli ammalati in un bagno tiepido e di mantenerveli per lungo tempo: alcune volte, dicono i signori Guersant e Blache, si è ricorso alle leggieri bagnature di acqua fredda sulla testa, o pure alle spruzzature continue fatte sulla fontanella mediante un robinetto di una fontana.

Quando le convulsioni continuano malgrado i mezzi impiegati, bisogna ricorrere agli antispasmodici. Quelli che son sembrati più utili a' signori Blache e Guersant sono il muschio e l'ossido di zinco: il muschio è un medicamento eccellente in simil caso, però amministrato ad alta dose come 40, 60, 76 centigramme, sotto forma di clisteri o di pozione. Il Signor Brachet preferisce a questo l'ossido di zinco in connubio coll'estratto di giusquiamo. La dose de' due medicamenti varia da 10 a 50 centigramme nel corso del giorno, secondo la maggiore o minore intensità della malattia, ma in modo da far prendere, nelle ventiquattr' ore, almeno 10 gramme di ossido di zinco, e 20 di estratto di giusquiamo, divise in molte pillole, che si dà ad ogni due o tre ore d'intervallo in un cucchiaino di tisana. Hanno pure raccomandato contro la eclampsia l'oppio, l'assa fetida, la valeriana, il succinato di ammoniaca, la canfora, sostanze che tutte contano alcuni effetti, ma la cui efficacia sembra non pertanto meno reale di quella dell'ossido di zinco.

Uno de' più illuminati medici di Parigi, il Signor Mèlier, assimilando la eclampsia de' fanciulli alle malattie intermittenti, à proposto di amministrare contro questa malattia l'antiperiodico per eccellenza, il solfato di chinina. Questo pratico fa osservare con qualche apparenza di ragione che una malattia la quale, come la eclampsia, si manifesta molte volte nel corso della giornata con caratteri ben distinti, e che, dopo aver durato un certo tempo, regolarmente lo stesso o variabile, cessa per un dato tempo, come un' ora o due, per ritornare e cessare ancora, e ciò a quattro o cinque riprese differenti, sempre distinte e separate da intervalli più o meno eguali, deve essere considerata come un' affezione intermittente, *a breve periodo*. Il Sig. Mèlier à sviluppato queste idee in un lavoro molto ben fatto, inserito nel tomo X delle *Mémoires de l'Accadémie royale de médecine*. Egli à indicato tre successi ottenuti col suo metodo. Dopo che l'attenzione si è fissata su questo punto molti altri fatti sono stati pubblicati in favore dell'amministrazione del solfato di chinina ne' casi di eclampsia e generalmente in tutte le altre malattie a corto periodo. Il Signor Mèlier dà il solfato di chinina ad altissima dose: così, in un ragazzo di sei settimane egli lo amministra alla dose di 30 centigramme diviso in sei porzioni eguali dato coll'intervallo di un' ora. I fatti osservati dal Signor Mèlier e da altri autorizzerebbero, da ora in poi, di curare la eclampsia de' fanciulli come una specie di febbre larvata. Però conviene attendere che i fatti si moltiplichino prima di adottare questo metodo, oltre a che è sempre venuto meno nelle nostre mani. In tutti i casi, non bisognerà dare il solfato di chinina se non quando non avvi alcun'altra indicazione predominante. In fatti si comprende che se le convulsioni si rannodano ad uno stato pletorico, al distentimento dello stomaco per effetto degli alimenti, bisognerebbe anzi tutto ricorrere a' salassi nel primo caso, ed agli emetici nel secondo, ed amministrare l'antiperiodico solo quando le convulsioni continuano non ostante i mezzi precedenti.

Le convulsioni van spesso soggette alle recidive; si cercherà allora di allontanare tutte le cause capaci di risvegliare la malattia. Si prescriverà un regime dolce ed alcuni bagni; la testa de' ragazzi sarà poco coperta, mentre si manterranno caldi gli estremi; si cercherà di prevedere la costipazione col regime ed i clisteri; infine, in alcuni casi anno consigliato l'applicazione di un vescicante al braccio o alla nuca, e l'uso di alcuni antispasmodici, specialmente le pillole di ossido di zinco o di estratto di valeriana.

DELLO SPASMO DELLA GLOTTIDE

Storia. — Esiste una malattia quasi speciale alla infanzia che devesi chiamare *spasmo della glottide*. Questa malattia, già descritta in Inghilterra al principiar di questo secolo, specialmente da Hamilton, da Clarke, da Cheyne, ec., fu quasi tosto dimenticata. Nel 1829, Kopp, di Copenhague, la indicò come malattia novella, ed avendo creduto di trovare ne' fanciulli i quali ne morivano vittima, un tumore voluminoso, egli fece della lesione di quest'organo la causa anatomica di una malattia, che fu descritta sotto i nomi di asma *timico* o di *Kopp*. Queste idee trovarono molti contraddittori in Alemagna ed in Francia; non goderon di alcun favore. Appo noi però lo spasmo della glottide cominciò dopo alcuni anni a fissare l'attenzione. Fu indicata dapprima da alcuni autori, specialmente da Constant, da signori Blache, Trousseau, Rilliet, Barthez e Barrier. Ma non esisteva alcuna storia soddisfacente della malattia, quando il Signor Hérard à riempito recentemente questa lacuna, pubblicando nella sua Tese (1847, n° 3) il frutto delle sue coscienziose ricerche. Il suo lavoro ci servirà moltissimo nella descrizione di questo articolo.

Anatomia patologica — Ne' fanciulli morti per spasmo della glottide non si osserva quasi mai alcuna manifesta lesione; se ne esistono, sono complicazioni accidentali, o alterazioni secondarie, risultanti quasi tutte dallo incomodo cui va soggetta la respirazione durante gli accessi. Quindi è che i polmoni sono sempre o quasi sempre enfisemati, il cuore ed i grossi vasi spesso zeppi di sangue come nell'asfissia. Il cervello, la midollola, i nervi pneumo gastrici, ricorrente, diaframmatici, come anche i nervi delle membra, sono stati accuratamente sezionati dal Signor Hérard, e mai è stata rinvenuta alcuna importante alterazione. L'anatomia patologica nell'asma della glottide non presenta altro che risultati negativi. Non è però tale la opinione prevalsa in Alemagna. Così, secondo il dottor Kopp, si troverebbe sempre la glandola timo ipertrofiata, aumentata di volume e gli accidenti dipenderebbero dalla compressione che questo corpo eserciterebbe sulla trachea e su i vasi. Altri autori, ammettendo la esattezza del fatto anatomico, ànno data un'altra interpretazione e della pretesa lesione del timo ne ànno fatto un'alterazione secondaria dipendente dalla difficoltà del respiro. Il Signor Hérard à combattuto queste due proposizioni con gran successo, ed à stabilito che la glandola timo è un organo che offre le maggiori variazioni di peso e di volume ne' ragazzi di buona salute; che queste variazioni, dipendendo dalla forza e dal mag-

giore o minor grasso dallo individuo si osservano per conseguenza in tutte le malattie della piccola età, e che nessuna di esse sta ligata allo stato anatomico della glandola timo.

Sintomi. — Lo spasmo della glottide è caratterizzato da accessi di soffogazione, che si manifestano bruscamente, senza prodromi, spesso senza cause manifeste, ora durante il giorno, ora durante la notte. Gli ammalati sono ad un tratto minacciati da soffogazione; la loro respirazione si sospende tosto come se la glottide fosse bruscamente ostruita. La fisionomia del fanciullo esprime allora la più viva ansietà, la sua bocca è largamente aperta, nell'atto di aspirare l'aria che gli manca; la sua testa si rovescia alla parte di dietro, i suoi occhi sono fissi: il volto si fa blu; avvi in una parola tutti i segni di una incipiente asfissia (Hérard). Infine dopo 10 o 20 secondi di questo stato grave, lo attacco termina dopo una o molte piccole inspirazioni sonore, acute, sottili, convulsive, il cui singhiozzo dà una certa idea, e che costituisce, a vero dire, secondo tutti gli autori, il segno patognomonico dello spasmo della glottide. Durante questi accessi, i battiti del cuore sono tumultuosi, irregolari; le giugulari sono gonfie; la pelle è inondata di sudore freddo; spesso vi sono evacuazioni involontarie; in fine vi sono convulsioni, ora generali, epilettiformi, il più delle volte parziali, toniche, e consistenti in contrazioni limitate agli estremi.

Questa contrazione può precedere di qualche tempo lo spasmo glottico e continuare dopo di esso; quasi sempre però si sviluppa e sparisce con esso.

Gli accessi che abbiamo descritti hanno una variabile durata; si son veduti prolungarsi per lo spazio di un quarto di ora (Hauff); il più delle volte però, terminano dopo alcuni secondi o dopo 1 o 2 minuti al più. Questi accessi, rari allo sviluppo, possono lasciare tra essi un intervallo di molti mesi o di molte settimane; ma tosto si ravvicinano maggiormente in modo da mostrarsi tutti i giorni, ed anche due volte l'ora. Gli sforzi della deglutizione, il dolore, gli spaventi o lo svegliare, sono le cause principali che determinano il ritorno degli accessi. Quando questi sono lontani, i fanciulli riprendono nel loro intervallo tutta la loro allegrezza; però a misura che si ripelono, lasciano uno stato permanente di sofferenza; la nutrizione si altera, il sonno si perde, la diarrea si manifesta, e se il fanciullo non muore con un attacco, muore più tardi sposato e nel coma.

Durata, esiti. — Lo spasmo della glottide ha, secondo il Signor Hérard, una durata media di alcune settimane a molti mesi; può prolungarsi per molti anni, come anche non durare che alcuni secondi, poichè i fanciulli possono perire nel primo accesso. L'esito può essere favorevole o funesto. La morte può aver

luogo bruscamente durante lo accesso, per cessazione della respirazione, o pure gli ammalati periscono per qualche lesione accidentale del cervello o per lo depauperamento delle forze che porta seco la frequente ripetizione delle crisi.

Diagnosi. — Lo spasmo della glottide à una fisionomia talmente specchiata da non potersi sconoscere. In fatti, gli accessi di soffogazione assalendo bruscamente i fanciulli in mezzo alla salute più perfetta, dissipandosi dopo alcuni secondi o alcuni minuti senza lasciare tracce, caratterizzano sufficientemente la malattia. Non si confonderà lo spasmo della glottide col crup, perchè non si osserva affatto nel primo la raucedine, l'afonia, il sibilo laringo-tracheale continuo, lo sputo delle false membrane, la dispnea persistente che si esacerba a momenti e si trasforma in accessi di soffogazione, la febbre, in fine, che caratterizzano la laringite pseudo-membranosa. Vi sono molti punti di contatto tra lo spasmo glottico e l'angina stridola o asma di Millar. Questa malattia colpisce in fatti i fanciulli generalmente più adulti, essa è spesso preceduta da raucedine, gli accessi si mostrano quasi sempre a mezza notte e sono caratterizzati da una tosse a conati, secca, sonora e sibilante, con minaccia di soffogazione. Infine, dopo una o molte ore di durata, la crisi cessa, e non esiste forse esempio che abbia avuto un esito funesto. La pertosse non à alcun rapporto colla malattia di cui è parola, perchè si caratterizza da conati di tosse avvicinatissimi che non esistono nello spasmo, e che sono seguiti da una inspirazione lunga e rimbombante, e che non somiglia affatto alla inspirazione acuta convulsiva, che termina lo accesso del primo. Passerò sotto silenzio lo edema della glottide il quale, essendo una malattia di corso continuo, ed offrendo soltanto di tempo in tempo delle esacerbazioni, non può in alcun caso essere confuso collo spasmo della glottide.

Pronostico. — Lo spasmo della glottide è una delle malattie più gravi della infanzia. In fatti fa perire almeno il $\frac{1}{3}$ o il $\frac{1}{2}$ de' fanciulli che colpisce: essa può uccidere gli ammalati nel primo accesso, ed allora si veggono perire i fanciulli siccome fulminati, mentre pochi secondi prima, erano allegri e pieni di vita. Il pronostico sarà tanto più grave in quanto che i fanciulli sono più giovani, più deboli, e gli accessi sono più lunghi e più ravvicinati.

Etiologia. — Lo spasmo glottico è una malattia speciale della prima infanzia: si osserva specialmente da 3 a 18 mesi. I fanciulli vi sono più predisposti delle ragazze, quelli di una costituzione debole sono forse più esposti de' fanciulli vigorosi. Non è provato che la malattia sia ereditaria o che certe condizioni di organismo de' parenti vi predisponga i fanciulli. È però dimostrato che la predisposizione può colpire tutti i fanciulli di

una stessa famiglia: la malattia sembra più comune ne' paesi umidi e freddi: così mentre è rara in Francia è quasi sconosciuta ne' paesi meridionali, si osserva, al contrario, frequentissima in Inghilterra ed in Alemagna. Regna specialmente nel primo di questi paesi un'opinione che il Signor Hérard sembra dividere, e che consiste a considerare il lavoro della dentizione come una causa occasionale dello spasmo della glottide: è questo un punto di dottrina non ancora stabilito, e che merita di fissare l'attenzione de' medici.

Cura. — Gli accessi sono sì corti che torna impossibile quasi poter nulla praticare per moderarli o per impedire i fanciulli di perire. Si consiglia solamente di rialzare il fanciullo, e piegarlo in avanti; aspergere la fisionomia di acqua fredda, presentargli le sostanze odorifere e strofinare il petto e le membra con una flanella impregnata di un linimento irritante; ànno pure raccomandato la tracheotomia.

Si cercherà di prevenire il ritorno degli accessi impedendo il fanciullo di correre con troppo ardore, prevenendo il pianto, sorvegliando la dentizione. Se gli accessi coincidevano all'uscita difficile di uno o molti denti si dovrà incidere la gingiva, perchè si è veduto molte volte con questa semplice operazione terminare gli accessi che metteva la vita nel pericolo il più imminente. Nello stesso tempo, quasi tutti i medici ànno ricorso al medicamento antispasmodico: l'ossido di zinco, il muschio ad alta dose, sono frequentemente impiegati. I narcotici ànno ancora alcuni partigiani. In fine, ànno proposto di stabilire un rivellente sul tubo digestivo mediante i purganti, e sulla pelle con i rubefacienti ed i vescicanti. Infine bisognerà collocare il fanciullo nelle migliori condizioni igieniche: il cambiamento di luogo, l'abitazione nella campagna bastano il più delle volte per arrestare gli accidenti.

Natura, sede. — Torna inutile insistere per provare che la malattia sia una nevrosi: il suo sviluppo brusco, il suo ritorno ad accessi, la mancanza di qualunque manifesta lesione lo dimostrano. Ma dove collocare la malattia? Bisogna farne una nevrosi de' nervi ricorrenti che producono la convulsione tonica de' muscoli della laringe; o pure si dovrà, con alcuni autori, farne una malattia de' centri nervosi analoghi alla eclampsia, alla epilessia, al tetano, ec., e spiegarsi per una convulsione parziale? E' questa la opinione che ci sembra più probabile. Ciò spiega il luogo che abbiamo dato in questo libro allo spasmo glottico, parlandone immediatamente dopo la eclampsia. Oltre a chè questa opinione vien rafforzata da moltissimi casi di convulsioni, che si estendono ad altri muscoli, specialmente a quelli delle membra; infine perchè invadendo tutto il corpo, si trasforma in veri accessi di eclampsia.

DELLA EPILESSIA

Sinonimia. — Mal caduco, mal di San Giovanni, mal di terra, gran male, alto male. *morbus divinus, major, herculeus lunaticus.* — Epilessia vien da *ἐπιλαμβάνω* io sorprendo.

La epilessia può essere definita: una malattia apiretica, cronica ed intermittente del cervello, caratterizzata, ora dalla perdita subitanea di conoscenza con insensibilità generale e rilasciamento di tutti i muscoli volontari, più spesso dalle convulsioni generali o parziali, avendo quasi sempre una breve durata, accompagnandosi per lo più ad una turgescenza rossa o violacea della faccia, a storcimento delle labra e degli occhi, da schiuma dalla bocca e da insensibilità.

Storia. — Un apparato sintomatico così spaventevole, unito alla frequenza della malattia, alla sua ostinazione disperante ed alle sue conseguenze sì spesso disastrose, spiega come la epilessia à fissato l'attenzione de' più antichi osservatori. Così Ippocrate le à consacrato un intiero libro (*de morbo sacro*) e molti de' suoi aforismi. Celso ne parla; una il quadro più distinto della epilessia che trovasi nell' antichità è stato dato da Areteo e da Celio Aureliano. Gli autori de' secoli seguenti nulla aggiunsero di nuovo, e bisogna giungere quasi sino a Van-Swielen, il quale à emesso sulla malattia delle idee generalmente molto giuste. Però non sapremo passar sotto il silenzio la monografia di Tissot la quale è indubitatamente molto superiore a' libri pubblicati posteriormente sullo stesso oggetto da Portal e Maisonneuve. Molti contemporanei ànno pure fatto della epilessia un soggetto di lavori di qualche valore; osserveremo specialmente quelli di Georget, di Esquirol, e quelli de' signori Foville e Calmeil.

Anatomia patologica — Gli uomini che oggi formano autorità nella scienza si accordano a riconoscere che nella maggior parte de' casi, la epilessia non si liga ad alcuna distinta lesione de' centri e de' cordoni nervosi. Quando esistono alcune lesioni, queste sono variabilissime; in fatti sono tumori ossei o fungosi, ossificazioni della falce, spessimenti delle membrane, tubercoli, cancri, versamenti sierosi, ammolimenti, infiammazioni, ascessi de' lobi cerebrali, ec. Osserviamo però con Georget che queste sì diverse alterazioni, che non si rinvencono che in pochissimi epiletici, si veggono del pari negl' individui che non lo sono stati. Spesso tra queste lesioni e la epilessia non avvi che semplice coincidenza. Forse in alcuni casi, la epilessia, in seguito dello eccitamento cerebrale che produce e delle congestioni che l' accompagnano, provoca più facilmente nei

centri nervosi alcune delle lesioni precedentemente enumerate; però questo punto non è per anco ben dilucidato. Oltre a che anno spesso preso per epilessia gli attacchi epiletiformi dipendenti dalle encefaliti o da tumori intercranici; e siccome lo dice Georget, anno allora rapportato alla prima le alterazioni che appartenevano alle seconde, o pure non han saputo distinguere la epilessia da certe malattie cerebrali intermittenti, tali, per esempio, una encefalite che termina in modo funesto gli accessi di epilessia il cui sviluppo risale ad un'epoca lontana. Georget à dimostrato che questo doppio errore era stato commesso dal Morgagni.

Quando la morte à luogo in mezzo ad un attacco, si trovano i seni cerebrali zeppi di sangue; la sostanza midollare è fortemente disseminata di punti rossi, la grigia è violacea, livida, ed avvi spesso molto infiltramento sotto aracnoideo; i polmoni infine sono zeppi di sangue nero. I sintomi che si osservano durante l'attacco, e specialmente l'ostacolo della respirazione, spiegano la maggior parte di queste lesioni, che sono il risultato, la conseguenza degli accessi, e niente affatto la sua causa anatomica.

Dando termine a ciò che riguarda l'anatomia patologica, debbo chiamar l'attenzione sopra un fatto indicato da Dumas nella sua *Doctrine des maladies chroniques* (t. 1. p. 126), cioè che, nelle epilessie costituzionali ed incurabili, l'angolo facciale era sempre di 5, 8 o 10 inferiore all'angolo facciale delle teste europee, che è di 80°: è questa un assertiva che merita di essere esaminata; perchè se fosse fondata, si potrebbe avere con ciò un carattere per riconoscere le epilessie assolutamente incurabili da quelle che offrono ancora qualche speranza di guarigione.

Sviluppo della epilessia. — Georget dice che, su 100 ammalati, ve ne sono stati appena 4 o 5 i cui attacchi erano preceduti da alcuni segni indicatori. Quasi sempre, dic'egli, la malattia sviluppa bruscamente, in modo così improvviso come se lo individuo fosse colpito dal fulmine. Il Signor Beau però, in un lavoro statistico pubblicato nel 1838 negli *Archives*, fondato sull'analisi di duecentosettantatre fatti, à stabilito che la proporzione delle epilessie che anno i prodromi è maggiore di quello lo avea detto Georget, poichè li à veduti nella metà de' casi circa. Questi prodromi sono di due specie: gli uni sono *lontani* cioè che precedono l'attacco di una o molte ore, o di uno o molti giorni; gli altri sono *prossimi*; questi non precedono lo accesso che di pochissimo tempo, e spesso lo spazio che li separa da questo è quasi indivisibile. I prodromi che arrivano molto tempo prima dello attacco sono variabilissimi. In alcuni ammalati, si osserva un cambiamento nel carattere e nelle abi-

tutini; divengono impazienti, malinconici, più impressionabili, tristi; provano mal'essere, assopimento o veglia, vertigini, cefalalgia, crampi, disgusto per gli alimenti, nausea, costipazione, sudori abbondanti e fetidi (Dumas), ec. Altre volte sono fenomeni più insoliti, come eruzioni cutanee (G. Frank), arrossimenti in alcuni punti del corpo, specialmente alla faccia, distendimento delle vene della fronte (Tissot), ec.—I prodromi affatto prossimi non precedono lo attacco che di cortissimo tempo, come uno o due secondi; essi consistono specialmente in diverse sensazioni provate dagli ammalati. Quindi molti hanno allucinazioni dell'udito, dell'odorato, e specialmente dalla vista; sentono suoni straordinari, odori piccanti o fetidi, veggono oggetti luminosi, spettri, ec. Più spesso gli ammalati provano sopra diversi punti del corpo, come la nuca, le labbra, il seno, i piedi, le mani, ec., diverse sensazioni di freddo, di caldo, d'intorpidimento, di solletico, di dolore, ec., le quali come un vapore salgono rapidamente verso il cervello, e sono seguite tosto dallo attacco. A queste sensazioni particolari gli autori hanno dato il nome di *aura epilettica*. Le epilessie precedute da un'aura sono rarissime, e ciò è riconosciuto oggi da tutti gli autori competenti. Secondo il Signor Piorry, per lo contrario, l'aura avrebbe luogo costantemente e non esisterebbe epilessia senza questo fenomeno; questo professore crede che quando l'aura non è accusata dallo ammalato, ciò dipende dal perchè è il suo punto di partenza nell'occhio, e che in ragione della poca lunghezza del nervo ottico si slancia come di un tratto verso l'encefalo, e determina lo attacco prima che la impressione abbia potuto scolpirsi profondamente nel cervello ancor sano perchè, al ritorno della conoscenza, se ne abbia memoria. Comunque ingegnosa possa essere questa idea, si vede che essa non esprime altro che una ipotesi. Checchè ne sia, l'aura quando si manifesta non è necessariamente seguita da un accesso convulsivo; qualche volta tutto si limita a questa manifestazione dolorosa che può essere passeggera, rapida anche come il fulmine, ma che dura qualche volta cambiando di natura. Così mi è dato curare un ammalato i cui accessi epilettici ritornando a lunghi intervalli sono sempre preceduti da un'aura che parte dalla mano sinistra, e dà la sensazione che produrrebbe una forte scossa elettrica. Quest'aura è per lo più sostituita per molti giorni ed anche per una settimana da un senso permanente e ponoso d'incomodo e di peso nel membro.

Che vi siano o pur no prodromi, lo attacco non à luogo meno istantaneamente; però lo ammalato ora è stordito; ora, ed è il caso più ordinario, alla perdita della conoscenza si uniscono i movimenti convulsivi. Da ciò due forme di epilessia che bisogna descrivere separatamente cioè: la *vertigine*, lo *stordimento*

epilettico o il piccolo male; la epilessia propriamente detta, convulsiva, o gran male.

Vertigine epilettica. — Questa forma di epilessia è stata ben conosciuta solo dopo i lavori di Esquirol, di Georget e del Signor Calmeil. Il Signor Beau ne à dato un quadro fedelissimo. Lo individuo perde ad un tratto la conoscenza gettando qualche volta un leggiero grido. Se è ritto cade, a meno che non abbia il tempo di rampicarsi a qualche corpo solido; se è assiso, può rimanere nella sua posizione. Il suo corpo, in generale è immobile; i suoi occhi, fissi, e feroci, sembrano essere diretti sopra un oggetto; la faccia è pallida; vi si osservano qualche volta leggieri convulsioni. Dopo alcuni secondi, uno o due minuti al più, questo stato cessa; allora si veggono alcuni di questi ammalati ricuperare immediatamente la pienezza della loro ragione, e continuare, dice Georget, senza pensare di averla interrotta, una conversazione, una frase, una qualunque occupazione. Ve ne sono però di quelli che rimangono per alcuni minuti nello assopimento ed in uno stato di stupidagine; infine alcuni sono divagati, si abbandonano ad atti stravaganti, poi dopo poch' istanti ritornano alla ragione, conservando qualche volta la rimembranza di ciò che è accaduto ne' momenti di alterazione solamente. Alla vertigine conviene rapportare questi casi, d'altronde rari, nei quali gli ammalati, spinti da una potenza irresistibile, sono forzati di correre in avanti, in dietro, di saltellare, poi cadendo senza conoscenza, si rialzano ad un tratto buoni o almeno solamente storditi.

Avvi un'altra specie di fenomeno epilettico appartenente alla vertigine, ma meno grave però della forma precedente, e che appena indicata da Georget, è stata ben descritta dal Signor Calmeil sotto il nome di *assenze*. In questa forma, dice il distinto osservatore, lo ammalato lascia cadere per terra l'opera o l'oggetto che teneva in mano; poi senza presentare alcuna bizzarra particolarità, perde di vista ciò che à luogo intorno a lui; quantunque i suoi sensi siano svegliati, essi sono momentaneamente chiusi alle impressioni; è una vera elasi. Interrogando lo ammalato sin dallo sviluppo, l'assenza cessa; se si rimane spettatore senza dire una parola, si dissipa del pari, ma dopo alcuni secondi di durata.

Le vertigini precedono spesso di alcuni anni gli accessi convulsivi; quasi sempre, siccome l'osserva il Signor Calmeil, àno luogo negl' intervalli de' grandi accessi che andremo a descrivere.

Accessi epilettici propriamente detti o gran male. — Siccome la vertigine, lo accesso convulsivo à luogo bruscamente; gli ammalati cadono privi di conoscenza; alcuni mandano un gri-

do violento al momento istesso della caduta (1). Da questo momento i sensi sono chiusi a tutti gli eccitanti possibili; la insensibilità è talmente completa da vedere spesso di questi infelici, cadere nel fuoco, farsi delle larghe scottature, profonde, carbonizzarsi un membro intiero senza averne conoscenza. Tosto le vene del collo si gonfiano; la faccia, quasi sempre pallida a principio, s'inietta, diviene rossa, poi violacea ed anche nerastra, specialmente le labbra e le guance; il polso è piccolo, accelerato; la respirazione è sospesa, tutti i muscoli sono in uno stato di rigidità tetanica e siccome immobili. Però alcuni secondi sono appena scorsi, che i movimenti convulsivi leggieri dapprima, poi violenti, si osservano alla faccia, poi al tronco ed alle membra. La contrattura convulsiva essendo quasi sempre più distinta da un lato che dall'altro, le commisure della bocca e degli occhi sono diviate a destra o a sinistra; la faccia è in uno stato di storcimento che la rende orribile alla vista; il collo sembra storto, e la testa è portata violentemente in un lato o all'altro, in modo che il mento riposa qualche volta sulla spalla; infine le membra di una metà del corpo sono in uno stato di rigidità più considerabile di quella del lato opposto. Le convulsioni variano molto in quanto alla loro intensità, alla loro sede ed alla loro estensione. Alla faccia, la fronte è agitata da movimenti ondulatori; le sopracciglia si abbassano e si ravvicinano, dice Tissot, come nello sdegno. L'agitazione delle palpebre non è affatto minore; ora rimangono aperte, spesso sono chiuse incompletamente e lasciano vedere il lobo dell'occhio, il quale è fisso o in un movimento di rapidissima rotazione. Tutti gli altri muscoli della faccia non sono meno agitati de' precedenti, il che dà luogo alle smorfie più orribili. La mascella inferiore può essere allontanata così violentemente, che Van-Swieten l'ha veduta lussarsi; il più delle volte però le arcate dentarie sono ravvicinate e si muovono qualche volta in modo a produrre un raggrinzamento continuo e tanto forte da spezzare i denti; anche la lingua spesso stretta tra essi, è lacerata, infranta, e Turner cita pure un caso in cui fu intieramente divisa. Il sangue che allora esce, colora la schiuma che bagna le labbra, e che vien fuori dalla bocca con rumore. La testa, siccome abbiain detto, è spesso fissa, ma qualche volta esiegue, dice Tissot, con una rapidità difficile a comprendersi, i movimenti più straordinari. Così ora è una rotazione continua, ora è portata alternativamente in

(1) Il grido che molti epilettici mandano allo sviluppo dello attacco è attribuito dal Signor Beau ad una espressione rapida di sorpresa che proverebbe lo individuo cadendo; ma è cosa più conducente considerarlo, siccome lo à fatto Billod (*Annales medico-psychologiques*, anno 1843), come un effetto puramente meccanico della convulsione degli organi della voce.

avanti, in dietro con una forza irresistibile; infine può essere rovesciata in dietro o inclinata in avanti, in modo che il mento è come incollato sulla parte superiore del torace. Le membra si girano qualche volta in modo straordinario, eseguono tutti i possibili movimenti impossibile ad essere dominati da qualunque violenza; i pollici sono quasi sempre fortemente piegati. Il tronco è per lo più sollevato, rivolto, curvo in differenti sensi dalla contrazion convulsiva de' muscoli che lo muovono; la respirazione è pure impedita, le inspirazioni sono corte, ripetute; l'aria, attraversando la laringe, dà un leggiero rumore. Tutti i movimenti che lo ammalato esegue sono violenti; ma in opposizione a quelli che soffrono le isteriche, sono più stesi e non spingono il paziente fuori del letto sul quale riposa. L'azione de' muscoli è pure sì varia e sì forte, dice Tissot, che non solo esegue i più bizzarri movimenti, ma anche quelli che si crederebbero impossibili ne' pantomi più esercitati, e ciò con una forza infinitamente superiore a quella dell'uomo sano: così sono state vedute molte ossa fratturate. In mezzo a tutti questi disordini, il polso si accelera; egli è piccolo e spesso irregolare; avvi qualche volta palpitazioni violente; la superficie del corpo è inondata di sudore, specialmente le parti superiori; alcuni ammalati provano allora vomiti, ed hanno evacuazioni involontarie di materie fecali, di urina ed anche di sperma.

Questo stato sì grave che non potrebbe prolungarsi per lungo tempo senza compromettere la vita, dura da trenta a quaranta secondi sino a tre o quattro minuti. In generale dopo due minuti la rigidità finisce, le parti deviate riprendono la loro direzione; il polso si rallenta e si eleva, la respirazione diviene libera; il colorito violaceo della faccia si spegne ed è sostituito dal pallor della morte. Ma allora lungi dal riprendere la conoscenza, gli ammalati cadono quasi sempre in un assopimento profondo; le loro membra sono in una completa risoluzione; fan sentire un ronfo rumoroso tal quale ad un uomo profondamente addormentato. Questo stato può durare alcuni minuti o continuare per molte ore. Allora lo ammalato apre gli occhi, guarda con una specie di meraviglia, le sue idee sono confuse, balbuzia, si lagna della testa, delle membra, infine ritorna a poco a poco in se stesso, nulla ricordando dello accesso. Quasi tutti sono tristi, melancolici; si lagnano, gli uni di contusioni o di piaghe sofferte nella caduta, gli altri soffrono alla lingua che hanno lacerata; spesso si osservano le ecchimosi alle congiuntive, nelle palpebre e sulle guance, il che spiegasi per la turgescenza che la faccia presentava: si è pur veduto, siccome Van-Swieten ne cita degli esempli, gli ammalati rendere una maggiore o minor quantità di sangue per vomiti e per scarichi ventrali, in se-

guito di un trasudamento che à avuto luogo nello stomaco durante lo accesso.

Però l'attacco non torna sempre nello stesso modo; così non è cosa rara vedere gli ammalati uscendo dal loro stato di stupore e di assopimento, divagare e cadere in un delirio maniaco: si dice che spesso avvi un delirio erotico; alcuni ànno paralisi parziali, altri sono idrofobi. Però questi disturbi nervosi sono in generale di breve durata, e si dissipano comunemente dopo molte ore o al più tardi dopo alcuni giorni.

Ho descritto la forma più grave e la più comune della epilessia. Però tutti gli accessi non si presentano colla stessa fisionomia. Così ragionevolmente Sennert aveva già scritto che, in certe epilessie, le convulsioni, in vece di essere generali potevano essere limitate ad alcune parti del corpo. Per esempio avvi ammalati, i quali si limitano a scuotere la testa, altri agitano un membro o provano un stringimento de' pugni e della mascella; il Signor Falret ne à veduto di quelli ne quali tutto lo attacco consisteva in movimenti successivamente ripetuti di deglutizione, con elevazione ed abbassamento alternativi della mascella inferiore; ma qualunque sia la forma dello attacco, tutti gli ammalati provano, siccome sintomo comune, la perdita di qualunque senso, nessuno conserva la rimembranza di ciò che loro è accaduto.

Intervalli e ritorno degli attacchi. — Gli ammalati possono avere un solo accesso, ciò à luogo il più delle volte; ma spesso gli attacchi si ripetono un maggior o minor numero di volte consecutivamente. Allora dicesi che lo accesso è *composto o con parossismi*. Questi possono essere soltanto al numero di 2 o 3, o pure ne esistono sino a 20, 30 e 60 nel corso delle ventiquattr'ore; Trincavelli, citato da Tissot, parla anche di un fanciullo nel quale à contato sino a 150 attacchi in un sol giorno. In questi casi, non riprendono giammai la conoscenza; quasi tutti rimangono nel coma e nella insensibilità per ore intiere, per uno o molti giorni. Allora non è cosa rara vedere la morte aver luogo quasi di botto in seguito de' disturbi profondi della innervazione e della ematosi. Quando gli attacchi sono semplici, e quando ritornano a lunghi intervalli, come molti mesi uno o molti anni, almeno allo sviluppo, gli ammalati godono quasi di una perfetta salute; le loro facoltà intellettuali e sensorie non àn sofferto alcun' alterazione. Quando poi gli accessi si sono riprodotti per moltissimi anni, ed a più forte ragione quando si ravvicinano, e specialmente quando si compongono di parossismi, tosto si osservano gravi disordini particolarmente nella intelligenza; ne parleremo or ora. Gli accessi non offrono niente di regolare nei loro ritorni. Il Signor Leuret afferma però che gli attacchi ànno una grande tendenza a farsi regolari. Quasi

sempre gli accessi si manifestano senza causa; alcune volte in seguito di una emozione, di una fatica, e più spesso forse dopo un eccesso. La luna, checchè ne abbiano detto, non esercita alcuna influenza sul ritorno degli attacchi; non però del pari dello stato elettrico dell'atmosfera: così il Signor Leuret à provato, per esempio, nel 1843, negli *Archives*, che molti epilettici erano colpiti in tempo di uragano. Gli attacchi, i quali dietro i calcoli del Signor Leuret, sono più frequenti in inverno ed in autunno che in primavera ed in està, si mostrano durante il giorno e più spesso la notte, ed anche durante il sonno, perchè la notte sembra essere favorevole al ritorno delle crisi. Quando lo attacco sorprende così l'individuo durante il sonno, lo ammalato non è risvegliato, e lo indomani non conosce lo accidente della notte che per una fatica estrema.

Gli accessi si sospendono spesso nel corso di una malattia acuta, ma ricompariscono tosto che questa è guarita. Il volgo e molti medici credono che certe rivoluzioni del corpo, come la pubertà, specialmente nelle donne, allontana gli attacchi, e li fa pur cessare affatto. Però da molto tempo Tissot à provato quanto questa opinione fosse poco fondata. Ha ricusato pure la idea di coloro i quali credono che il matrimonio guarisca spesso la epilessia. Il celebre medico di Losanna dice che il fatto non giustifica la promessa se non quando il male dipende da una soppressione di regole che il matrimonio ristabilisce, o dalla difficoltà del loro scolo, che facilita, o da un eccesso di temperamento, al quale apporta rimedio. In qualunque altra circostanza, il matrimonio aumenta la disposizione epilettica e la sviluppa.

Durata della epilessia. — Abbiám veduto che gli attacchi avevano una variabile durata: Tissot stima che in media proporzione questa durata varia da dieci a venti minuti; Esquirol la fissa tra cinque e quindici; però niente di stabilito può dirsi, poichè qualche volta, siccome lo abbiám veduto, lo accesso si risolve in alcuni secondi, mentre altre volte si prolunga, anche quando è semplice, per una, due ed anche sino a quattordici ore (Barbette). In quanto alla durata della epilessia, è indeterminata; il più delle volte, quasi sempre ancora, dura in modo indefinito, ma tra gli accessi possono esistere molti anni di intervallo.

Esito e conseguenza della epilessia. — Siccome abbiám veduto, la epilessia termina qualche volta colla morte. Questa à luogo ora pel solo fatto dello attacco; ora perchè la violenta congestione della testa termina per un versamento sanguigno nel cervello e nelle meningi, o pure il cuore, già affetto, o un tumore aneurismatico preesistente, possono rompersi in ragione della perturbazione profonda della circolazione; o pure, l'attacco avendo luogo poco tempo dopo il pranzo, può accadere, se

lo ammalato vomita, come ciò à luogo qualche volta, che in seguito della contrazione della faringe e più per lo stato del trisma, le materie non possono essere rigettate al di fuori e penetrano nelle vie aeree. Un fatto di questo genere è stato raccolto dal nostro amico il Signor Gendron (de Chinon), mentre funzionava da interno all' ospizio di Bicêtre. La morte che à luogo per i ripetuti attacchi, succede specialmente per asfissia; altre volte bruscamente nello intervallo degli attacchi, per sincope, e forse per una specie di sospensione nell' azione nervosa.

La epilessia guarisce rarissimamente. La guarigione può essere spontanea o aver luogo dietro un disturbo vivo della economia; di un cambiamento di clima, di regime, o di una malattia intercorrente. Così sono state vedute epilessie guarite dopo larghe scottature; Rivière diceva che la febbre quartana che prolungavasi per molto tempo guariva la epilessia: lo stesso effetto è stato attribuito alle altre febbri periodiche; disgraziatamente però non avvi nulla di fondato in questa opinione, malgrado i fatti recenti pubblicati nel 1846 dal Signor Girard, negli *Annales medico-psychologiques*. Quando un esito felice deve aver luogo, gli accessi si allontanano mai sempre, e la loro intensità va sempre decrescendo; nel caso contrario, si ravvicinano, si moltiplicano e si prolungano. Allora si manifestano tosto i disordini gravi delle facoltà intellettuali: così la memoria s' indebolisce; gl' individui sono incapaci di darsi ad un lavoro alquanto sostenuto; soffrono di tempo in tempo delirio, e quasi tutti finiscono per cadere in uno stato di mania, poi d' incurabile demenza. I più favoriti sono irascibili, caparbi, bizzarri, hanno qualche cosa di singolare nel carattere. La motilità si altera del pari a suo tempo; quindi si manifesta lo strabismo, certi ticclii convulsivi, la contrattura in un membro, e se questa si prolunga, la parte si atrofizza. Se la epilessia colpisce un giovanetto, il suo sviluppo intellettuale si arresta; diviene idiota, a meno che gli accessi non siano molto rari. Se la epilessia sviluppassi dopo la pubertà, la ragione si perde più lentamente. In generale la influenza che la malattia esercita sulla intelligenza è tanto meno distinta in quanto che gli accidenti si sviluppano ad una età meno tenera. Quando la epilessia cessa ad un' epoca in cui la demenza è ancora poco avanzata, le facoltà cerebrali possono riprendere a poco a poco la loro antica energia.

Se si eccettuano le palpitazioni, che sono frequenti negli epilettici, si può dire con Georget che lo stato degli altri organi forma in essi un contrasto specchiato con quello del cervello; quindi cotesti ammalati mangiano e digeriscono bene; sono grassi e freschi; le donne hanno la mestruazione e possono essere fecondate egualmente delle altre; però, secondo Georget, le regole sarebbero tarde in esse. Le secrezioni non offrono nulla di

particolare. Questo medico aggiunge che tali ammalati sono probabilmente più soggetti degli altri individui alle flemmasie encefaliche, toraciche ed addominali; però penso che questa proposizione non sia sostenuta per anco da alcun dato numerico.

Diagnosi. — La epilessia è bastantemente caratterizzata dalla perdita subitanea della conoscenza, dalla insensibilità assoluta, dalle convulsioni piuttosto toniche anziché cloniche; dal predominio degli accidenti convulsivi in un lato del corpo; dalla turgescenza violacea della faccia, che vien rimpiazzata da una palidezza cadaverica; dalla uscita per la bocca di una schiuma più o meno bondante, come pure dall'alterazion momentanea che presentano spesso dopo gli attacchi le facoltà intellettuali. Se gli accessi epilettici fossero sempre così ben specchiati, la diagnosi non offrirebbe alcuna incertezza; ma non sempre così accade. Vedremo per esempio che nelle donne, certi attacchi d'isterismo possono simulare la epilessia, e reciprocamente; e nei ragazzi non torna sempre facil cosa determinare se le convulsioni che si osservano siano semplici attacchi di eclampsia o pure accessi di epilessia. Egli è vero che nella eclampsia, lo sviluppo è un poco meno brusco che nella epilessia; la sensibilità è di rado abolita completamente; lo attacco, dicono, è molto più lungo; forse non avvi mai schiuma dalla bocca, ed il predominio delle convulsioni in un lato del corpo non è così specchiato; infine la figura non à mai lo aspetto spaventevole che oltre nella epilessia, ed i movimenti non sono ondati, ma irregolari. Però queste differenze non sono sempre distinte: così si rimane qualche volta nel dubbio, ed il problema non può essere risoluto che in seguito. In fatti la eclampsia è una malattia quasi sempre passeggera, mentre che la epilessia una volta sviluppata continua e si aggrava. Oltre a chè si avrà riguardo a moltissime circostanze accessorie, specialmente alla età degl'individui, perchè si avrà maggior ragione a credere che trattasi di epilessia in quanto che il fanciullo si approssimerà di più alla pubertà. Del resto la confusione, siccome viene osservato da Signori Barthez e Rilliet, può aver luogo soltanto quando le convulsioni sono generali, violenti, ed accompagnate da perdita assoluta della conoscenza; mentre se sono parziali, poco intense, e se la conoscenza è conservata, il dubbio non è affatto permesso: in fatti, in tal caso non può aver luogo che un attacco di eclampsia. Alcune infiammazioni del cervello, certe congestioni ed emorragie cerebrali, si accompagnano qualche volta a movimenti convulsivi epilettiformi; accade lo stesso de' prodotti accidentali che si sviluppano nel cervello, o de' tumori che nascono alla faccia interna del cranio; ma i sintomi cerebrali che precedono e sieguono gli attacchi, sintomi che non si osservano mai nelle epilessie ordinarie, faranno dileguare qualunque errore. Ricorderemo dan-

do termine ciò che abbiain detto alla fine del primo volume, che spesso si dura gran fatica e torna anche impossibile poter distinguere la epilessia semplice da quella saturnina. Si supporrà quest'ultima, se lo individuo è stato esposto alle emanazioni saturnine, se non era antecedentemente soggetto agli accidenti convulsivi, se gli attacchi sono stati preceduti da delirio o da ammaurosi. Checchè ne sia, queste specie di epilessia differiscono tra loro pel corso e per la loro gravezza: così quella che dipende dalle emanazioni saturnine à un corso essenzialmente acuto, e termina frequentemente colla morte. Se la guarigione à luogo è definitiva; gli accessi non si riproducono mai dopo molti anni. Sappiamo che ciò non à luogo nella epilessia propriamente detta, la quale non uccide ordinariamente ne'primi attacchi, ma siegue un corso cronico, si riproduce di tempo in tempo, ed esercita in fine sulle facoltà intellettuali e motrici una pericolosa influenza, cose tutte negative nell'altra.

Infine, bisogna guardarsi da que'birboni i quali ànno il talento di simular così bene gli accessi di epilessia, da rendere qualche volta gli uomini istruiti il trastullo delle loro furfanterie. Ma qui osserviamo che, se il vero epilettico ignaro del suo male, cade ovunque si trova, colui che lo simula cerca i luoghi dove non può esser ferito. La insensibilità dovendo essere assoluta nella epilessia, bisogna assicurarsi se sia così in colui che si sospetta impostore: perciò si sorprenderà con un suono violento ed impreveduto come col colpo di un'arma da fuoco; gli si faranno respirare odori fetidi, si osserverà se la sua pupilla sia dilatata; s'irriterà la pelle colla urtificazione; si minaccerà di qualche operazione dolorosa o di un pericolo. Aggiungiamo finalmente che, comunque esercitati potessero essere questi individui, non potranno mai alla turgescenza della faccia, far succedere in poco tempo, un pallor cadaverico, e l'alterazione della fisionomia che osservansi nei veri accessi.

Pronostico. — La epilessia è una delle più terribili malattie che potessero colpire l'uomo, perchè se non uccide al momento, o presto o tardi lo degrada e lo inferma. Quasi tutti sono di accordo a considerare la vertigine epilettica siccome più grave degli accessi convulsivi, come quella che gitta più rapidamente gli ammalati nella demenza; però il Signor Calmeil fa osservare, che la influenza più possente per lo annichilamento rapido della ragione si trova nella riunione degli accessi del mal grande colle vertigini. La guarigione, senza essere assolutamente impossibile, è però eccezionale. La epilessia ereditaria è quasi necessariamente incurabile; quella che si liga a qualche vizio di conformazione congenita, ad un arresto di sviluppo dello encefalo, siccome si osserva spessissimo negli'idioti, è costantemente e necessariamente superiore alle forze dell'arte. Il pronostico è

tanto più pericoloso in quanto che gli accessi sono più lunghi e più ravvicinati; le speranze di guarigione sono tanto minori in quanto la malattia è più antica. Ricordiamoci però il fatto citato da Tissot di un uomo il quale, epilettico dalla culla sino a trent'anni, vide i suoi accessi cessare a questa età, e morì quasi centenario senza alcuna infermità. Sembra che la malattia sia più grave quando non avvi aura: Celso disperava della guarigione, qualunque fosse la età degli ammalati, quando questi cadevano di botto senza predromi, e quando le convulsioni erano generali.

Etiologia. — La epilessia riconosce un gran numero di cause predisponenti: in primo luogo si trova la eredità, quantunque il Signor Leuret nelle sue ricerche statistiche non abbia osservato parenti epilettici che in un quindicesimo de' casi. Le donne vi sono più esposte degli uomini, ma la differenza è manifesta solo dopo il settimo anno. La epilessia affetta, dicono, più spesso i melancolici e quelli di una debole costituzione. Può aver luogo in tutti i periodi della vita; ma rara ne' vecchi, si sviluppa spesso sin dalla prima infanzia, e la sua frequenza aumenta dalla nascita sino a sedici o venti anni. Nelle osservazioni analizzate dal Signor Leuret, la età di dieci a quattordici è quella che offre più malati; la prima infanzia viene dopo l'adolescenza e la gioventù: infine passati ventiquattro anni, il numero delle invasioni è stato ristretto eccessivamente. Si dice che la malattia sia più comune ne' climi freddi, però questo fatto è ancora dubbio. Ignoriamo pure se i signori Foville e Copland abbiano sufficienti ragioni per assermare che la epilessia sia più comune nella classe comoda. I dispiaceri, le fatiche, gli eccessi del lavoro intellettuale, lo abuso degli spiritosi, de' piaceri venerei e specialmente l' onanismo, sono egualmente considerati come cause predisponenti e più spesso determinanti. Tra queste ultime però non avvenne alcuna che sia tanto possente quanto lo spavento. Tissot, Esquirol, Georget, i signori Beau e Leuret, sono unanimi su di ciò. In fatti consultando i principali risultati statistici, si trova che questa sola causa à determinato più della metà, de' due terzi, ed anche de' tre quarti delle epilessie. Ciò che avvi di rimarchevole, è che lo spavento può determinare la epilessia, anche quando è provato durante il sonno; tale è quel fabbricatore di cui parla Tissot, il quale, avendo sognato che un toro furioso lo perseguitava, si svegliò con sussulti in una prodigiosa agitazione, e provò un quarto d' ora dopo un violento attacco di epilessia. In certi casi, la epilessia, siccome lo abbiám già detto, si liga a qualche lesione materiale dello encefalo, specialmente ad un arresto di sviluppo, simile a quello che esiste sì spesso negli idioti, de' quali un ottavo, dicesi, cadono dell'alto male. Non è esatta cosa dire con molti autori che la epilessia potesse esser prodotta da cause che hanno sede ne-

gli altri organi meno che nel cervello: ragionevolmente Ch. Le-
pois è surto contro questa opinione, ristabilita nel suo vigore do-
po di lui da Tissot ed Esquirol. I partigiani della epilessia *sim-
patica* si sono sempre appoggiati su i casi in cui esiste un'au-
ra epilettica, sulla possibilità che si avrebbe qualche volta di ar-
restare lo accesso esercitando una compressione tra il cervello ed
il punto di partenza dell'aura, ed anche guarire la malattia bru-
ciando e portando via quest'ultima parte. Osservate però che la
epilessia non è la sola malattia del cervello la quale comincia a
farsi sentire verso un punto lontano da quest'organo: in quanto
a' buoni effetti ottenuti bruciando, estirpando la parte dove na-
sce l'aura, diremo che questo fatto è molto raro. Oltre a chè di
simili successi non debbono recar meraviglia se non quando si
vede una epilessia o qualunque altra nevrosi, come la mania,
guarire dopo una operazione grave, una mutilazione, una scol-
tatura estesa, ec.

Stabilita una volta la epilessia, gli accessi si riproducono
quasi sempre senza causa o pure dietro le cause più leggie-
re, come una contrarietà, un odore alquanto forte, ec.; qualche
volta sono provocati per una sola causa. Così Van-Swieten parla
di un fanciullo il quale, divenuto epilettico perchè un cane gli sal-
tò addosso, non soffriva accessi se non quando sentiva latrare
un cane.

Cura. — Non esistono medicamenti, da' più inerti sino ai
più attivi, che non siano stati impiegati contro la epilessia; di-
sgraziatamente però non avviene aleno che meriti confidenza,
e tutto porta a credere che ne' pretesi successi che dicono aver
ottenuti, si trattava meno di una epilessia vera che di accidenti
convulsivi epilettiformi o di certe forme d'isterismo. Tissot à
molto vantato la valeriana; si è raccomandato molto il vischio
di quercia, l'artemisia, l'indigo, la canfora, il muschio, la chi-
nachina, l'olio animale di Dippel, l'olio di trementina, la stan-
eacavallo, il sedum acre, le cantaridi, l'ossido di zinco; hanno
pure impiegato l'acido prussico, l'ammoniaca liquida, le prepa-
razioni di rame, di mercurio, e fin anche il nitrato di argento,
il cui uso prolungato à prodotto le gastralgie, spesso i disordi-
ni gravi delle vie digestive, mentre si vedeva il tegumento e-
sterno acquistare una tinta olivastrea o nerastra affatto indelebile.
Hanno pure raccomandato contro la epilessia la maggior parte
de' narcotici, e specialmente lo stramonio, la belladonna e l'op-
pio; ma queste sostanze energiche, specialmente la seconda, non
vanta che mezzi successi, e mai guarigioni definitive. Il sa-
lasso è stato del pari prodigato senza vantaggio e spesso con
gran detrimento degli ammalati. Infine ne' casi in cui vi à l'au-
ra, hanno proposto di applicare al suo livello i vescicanti, i cau-
teri, la moxa; altri vogliono che si tronchi, che s'incida il ner-

vo, o che si amputi la parte; in tal modo sono state praticate le più gravi mutilazioni. Altri àn proposto di applicare sul cranio una o molte corone di trapano, di legare una delle carotidi, ec., di simili operazioni però sono oggi biasimate da tutti gli uomini di buon senso.

Il riassunto, non conosciamo alcun mezzo diretto capace di cambiare, come lo dice Tissot, la disposizione epilettica del cervello; però sta in poter dell' arte poter modificare qualche volta gli accessi, e specialmente allontanarli. E' questo un risultato che non bisogna disprezzare; perchè allontanando gli accessi, si diminuisce necessariamente la disposizione che li fa nascere; Van-Swieten dice pure, che le tracce delle idee che non sono richiamate di tempo in tempo si cancellano intieramente, del pari, se i movimenti epilettici non sono rinnovati, l'attitudine a riprodurli si distrugge. Questo paragone è pieno di giustezza, ed è vero, non solo per la epilessia, ma ancora per tutte le altre nevrosi. Bisogna dunque sottomettere gli epilettici ad un regime severo: questi ammalati faranno uso di un alimento dolce, composto specialmente di carni bianche; eviteranno tutti gli alimenti riscaldanti, tutte le vivande con spezie; si proibirà loro l'uso degli eccitanti diffusivi, come il thè, il caffè, i liquori; non beveranno mai il vino puro. Si avrà cura perchè non venisse a stabilirsi alcun movimento flussionario verso la testa: perciò si manterrà il ventre lubrico mediante i clisteri ed i dolci purganti presi di tempo in tempo. Si favoriranno le funzioni della pelle coll'uso prolungato de' bagni tiepidi. Tissot raccomanda molto questo mezzo; però vuole che se ne faccia uso con perseveranza per mesi ed anni, ed anche senza limitare il termine. Si aiuterà la loro azione mediante le frizioni secche sulla superficie del corpo, specialmente agli estremi inferiori, se questi sono abitualmente freddi. Quando questa ultima disposizione esiste, bisogna ricoprire le gambe ed i piedi di lana e far uso dello scarpino che garantiscono dall'umido. Gli ammalati faranno moto, ma senza faticarsi; eviteranno di correre, di far sforzi di gridare; non intraprenderanno alcun lavoro pesante, che richiede un gran sciupo muscolare, o un'attenzione troppo sostenuta; eviteranno di trovarsi ne' luoghi ove regna un'alta temperatura, come le sale di spettacolo, ma le passioni, dice Tissot, debbono essere specialmente sorvegliate; tutto ciò che potrebbe metterle in moto nuocerebbe sicuramente. Il salasso non è come si è detto un mezzo curativo della epilessia, però è spesso utile. Bisogna praticarlo ne' pletorici e quando vi è congestione alla testa; se avvi urgenza, si praticherà un salasso generale; però in alcuni casi sono preferibili le sanguisughe all'ano e ripetere quest'applicazione di tempo in tempo.

Quando qualche segno indica la comparsa prossima dello attacco, il cambiamento di mezzo o di luogo è stato spesso sufficiente per prevenirlo. Quindi tuffando lo individuo in un bagno nell'ora in cui l'accesso è solito manifestarsi lo abbiamo qualche volta impedito. Il Signor Leuret à pure abortito gli attacchi che ritornavano la notte, impedendo gli ammalati di coricarsi quando la crisi minacciava, forzandoli di rimanere in piedi.

Quando non ostante queste precauzioni, un accesso di epilessia à luogo, bisogna collocare lo ammalato in modo che non si potesse ferire; si slaccerà da tutti gli abiti capaci di recar incomodo, e che potrebbero aumentare le congestioni che ànno luogo verso la testa ed il petto. Se sia possibile, s'introdurrà un gomitollo di tela bagnata tra i denti per impedire che la lingua non venisse spezzata o lacerata. Se lo attacco è breve, il medico si limiterà ad essere semplice spettatore; se si prolunga, se è composto di molti parossismi, se esiste verso la testa uno stato permanente di congestione, bisogna praticare un salasso, applicare i cataplasmi volanti sinapati sugli arti inferiori, e se ciò non basta, si tufferà lo ammalato in un bagno tiepido, e lasciarvelo per quanto più possibile. Quando lo attacco è talmente violento che la vita è in pericolo, bisogna prima di tutto apportar rimedio alla congestione cerebrale mediante il salasso generale, le applicazioni delle sanguisughe dietro le orecchia, i refrigeranti sopra la testa, i rivellenti energici ed i vescicanti sugli arti inferiori, ec. Quando la epilessia è preceduta da prodromi prossimi, possi far abortire lo accesso? E' stato detto, bisogna tentarlo, ma senza speranza di riuscirvi. Quindi in simil caso ànno consigliato di far respirare una sostanza penetrante, come l'ammoniaca liquida o il carbonato di ammoniaca, e se avvi l'aura, esercitare una compressione forte tra essa ed il cervello. Ho veduto in uno de' miei ammalati di cui ò fatto parola più sopra, riuscire spesso ad abortire in questo modo un imminente accesso.

Natura. — Dietro i risultati negativi presentati dall'anatomia patologica, chiaro risulta che la epilessia non saprebbe essere classificata altrove che tra le nevrosi. I signori Bonchet e Cazouveilh ànno però cercato provare in un lavoro speciale inserito nel tomo IX degli *Archives*, la natura infiammatoria della malattia, che collocavano nella sostanza midollare; questa opinione però, contraria a ciò che gli altri osservatori àn veduto, non risulta chiaramente da' fatti invocati da questi stessi autori. Oltre a chè, come rapportare ad una fleminasia de' centri nervosi una malattia che si manifesta bruscamente, che colpisce come il fulmine, e non si mostra per mesi ed anni senza lasciare alcuna traccia in nessuna parte? Un simile corso esclude qua-

lunque idea d'infiammazione. Diremo con altri che la epilessia è una forma di congestione? Ma senza negare che una iperemia cerebrale potesse determinare gli accessi, si può dire però che la congestione non costituisce la malattia; oltre a chè niente prova che lo afflusso del sangue sia il primo fenomeno dello attacco. Aggiungiamo che in tutti i casi è meno forte al principio dello accesso che alla fine. Più, la congestione cefalica non spiega alcuno de' fenomeni essenziali della epilessia, ed è facile provare che, invece di costituire l'essenza della malattia, essa ne è per lo contrario la conseguenza, e che si liga specialmente al disturbo della circolazione, e più ancora a' disturbi della ematosi, all'ostacolo della respirazione in seguito della tensione convulsiva de' muscoli incaricati a dilatare il torace.

DELL' ESTASI

L'estasi è uno stato nel quale un individuo, dato in preda tutto intiero ad un pensiero dominante, resta immobile ed estraneo a tutto ciò che lo ricorda. Archimede, il quale continuando la soluzione di un problema di geometria, è sordo al tumulto di una città in preda al saccheggio, e Socrate, che in una meditazione profonda, rimane immobile nello stesso luogo per lo spazio di ventiquattr' ore esposto a' raggi del sole scottante, sono estatici.

Gli estatici offrono, come fenomeni comuni, la sospensione de' movimenti volontari e dello esercizio de' sensi; ma siccome il Signor Calmeil lo dice con ragione, le espressioni mancano per dipingere le sensazioni puramente cerebrali che provano: ma è un senso d'ineffabile felicità, di celeste beatitudine; molti hanno allucinazioni de' sensi. Nel colmo de' suoi accessi estatici, lo individuo assiso, ritto o inginocchiato, à gli occhi aperti e fissi, ordinariamente diretti verso il cielo; la sua figura è pallida; la sua bocca semi aperta: è insensibile, ed accade spesso, come nella catalepsia che le membra conservano la posizione che loro si dà: però ciò sembra essere molto raro. Gli accessi terminano dopo una variabilissima durata. Gli ammalati si lagnano di spezzamento, di fatica; sono molto abbattuti; alcune donne accusano oppressione, piangono bondantemente, come dopo lo isterismo. Gli attacchi si riproducono più o meno frequentemente. Però non possediamo alcun schiarimento preciso sul corso, gli esiti, le conseguenze ed il grado di gravità della malattia.

L'estasi è una malattia rarissima, che osservasi negl'individui i quali meditano lungamente e profondamente ne i soggetti più astratti: più spesso ancora la malattia si osserva nelle persone ferventi, dedite alle pratiche più austere, ed il cui spirito si

porta mai sempre verso le cose celesti. Può regnare epidemica, ed allora si propaga per imitazione. Una simile epidemia è stata osservata nel 1841 e 1842 nella campagna della Svezia centrale; essa è stata descritta dal dottor Sonden (*Gazzette médicale* 1843).

Cura. — Durante l'estasi bisogna stimolare lo ammalato mediante l'applicazione de' sinapismi, gli spruzzi di acqua fredda sul volto facendogli respirare un odor penetrante. Se lo accesso si prolunga, si cercherà a nutrire lo ammalato mediante la sonda esofagea. Per prevenire nuovi accidenti, bisogna cambiare il suo regime, le sue abitudini, ed allontanare da esso tutto ciò che potrebbe portare il suo spirito sull'oggetto ordinario della sua contemplazione.

DELLA CATALEPSIA

La catalepsia è una malattia intermittente, apiretica, che si accompagna ordinariamente alla perdita della conoscenza e ad una rigidità tetanica parziale e generale, ma con questa particolarità che le membra conservano durante tutto l'attacco la posizione che avevano allo sviluppo dello accesso, o pure quella che loro si è dato, comunque penosa ed incomoda essa sia. In generale nello attacco della catalepsia, la sensibilità è negativa o almeno ottusa, la respirazione è libera ed il polso ordinariamente lento; alcuni ammalati conservano la facoltà di tranquillare, e digeriscono bene; però negli attacchi fortissimi, la respirazione e la circolazione sono quasi insensibili, la pelle è fredda e le articolazioni sono rigide; ciò spiega il come alcuni cataleptici hanno potuto essere sotterati vivi.

Questi sintomi, dopo una durata variabile, si dissipano a poco a poco; gli ammalati ritornati in loro stessi, sono stanchi, irritati; molti singhiozzano; non ricordano nulla dello attacco, che à durato ora alcuni minuti, ora alcune ore, o molti giorni. Può aver luogo un solo accesso, o pure molti si succedono rapidamente e ad intervalli lontani. Nelle donne la catalepsia si complica frequentemente ad isterismo. Per se stessa non costituisce una malattia grave; se qualche volta termina colla morte, ciò à luogo per qualche grave lesione che l'accompagna.

La catalepsia è uno stato morboso ben diverso dall'estasi nella quale, dicono Georget e Calmeil, lo esercizio del pensiero, invece di essere sospeso, si trova esclusivamente diretto verso la contemplazione di un oggetto, assorto da una idea, da piaceri immaginari, aumentati pure dallo esaltamento dello entusiasmo.

Cause. — La catalepsia è una malattia molto rara; il Signor Bourdin non ne à potuto riunire che soli 38 casi nella sua opera. Essa è più comune nella donna che nell'uomo. La gioventù, il temperamento nervoso, irritabile vi predispongono di molto. Si manifesta spesso in seguito di una viva emozione di piacere, di pena, o dopo fatiche prodotte dagli eccessi del lavoro, ec.

Cura. — Durante lo accesso ànno consigliato l'uso de' salsi generali e locali; altri per lo contrario li biasimano e preferiscono gli stimolanti. Quasi tutti àn ricorso agli antispasmodici, a' bagni, alle aspersioni; infine ne' casi ostinati, ànno impiegato la elettro-puntura. La esperienza non si è per anco pronunziata sul valore di ciascuno di questi metodi. Oltre a chè crediamo che in questo caso, come in tutte le malattie, e specialmente nelle nevrosi, non bisogna consigliare alcuna cura esclusiva; bisogna variarla secondo le indicazioni predominanti: Noi pensiamo che se gli accessi si prolungano, e se gli ammalati non trangugiano gli alimenti, bisognerebbe introdurveli coll'aiuto della sonda esofagea. Se la respirazione si sospende momentaneamente, si dovrebbe procedere alla insufflazione polmonale (Vedi per maggior dettaglio il trattato del Signor Bourdin).

DELL' INCUBO

L'incubo è una specie di sogno durante il quale lo individuo, in preda ad una estrema ansietà, prova un senso di oppressione ed anche di soffogazione, con impossibilità quasi assoluta di gridare, di muoversi, sino a che uno svegliarsi brusco non metta termine a questo stato penosissimo.

Ordinariamente nella prima metà della notte, ed in mezzo ad un sonno profondo, lo individuo è preso da oppressione, da soffogazione: ora gli sembra che un corpo pesante, che un animale, un uomo spaventevole, una vecchia donna, un mostro, ec., appoggi sul suo petto e lo impedisca di respirare; altre volte crede essere sul bordo di un precipizio, o pure sul punto di cadere in una fornace ardente, o essere perseguitato dall'adri, da un cane arrabbiato. In mezzo a questi pericoli, egli si sforza inutilmente per gridare, per difendersi o per fuggire. La sua pelle è allora coperta di sudore, il polso è accelerato: finalmente dopo alcuni secondi, alcuni minuti un quarto di ora al più di questa estrema ansietà, lo ammalato si risveglia a sussulto, provando grande spavento, che spesso non si dissipa che dopo alcuni minuti e quando la intelligenza è ritornata al suo stato fisiologico. Un poco stanco, alcune palpitazioni, un leggiero tremito, poca cefalalgia, sono i soli incomò-

di che gl'individui provano; questi piccoli accidenti hanno una durata breve ed efimera. L'incubo non produce alcun risultato pericoloso negli adulti, in quelli ben costituiti e sani di spirito, ma nelle persone impressionabili, ne' fanciulli, per esempio, provoca qualche volta gli accessi epilettici; nelle stesse condizioni, le giovanette son divenute isteriche, e molti individui di cervello debole han provato un disturbo nelle loro idee. Non è raro, dice il Signor Calmeil, vedere il delirio monomanico prender dall'incubo i suoi principali elementi. Durante il giorno non esiste alcuna lesione de' sensi; ma gli ammalati raccontano con spavento tutto ciò che han sofferto durante la notte, e la interpetrazione che danno alle penose sensazioni che li assediano durante il loro sonno li trasporta in continui divagamenti, ed a certi atti che bisogna reprimere accuratamente.

Cause. — L'incubo si manifesta specialmente negl'individui che commettono eccessi di veglie, di donne, in quelli che esaltano la loro immaginazione colla lettura di romanzi, di conti fantastici. È frequente nel corso delle lesioni organiche del cuore, e non è raro, secondo alcuni, nelle malattie del fegato e dello stomaco; quest'asseriva però ci pare poco esatta.

Cura. — Per prevenire l'incubo, basta spesso far cambiare la posizione degli ammalati nel loro letto, e farli coricare per esempio sopra un lato o sopra l'altro, far loro tenere la testa alta. Se la malattia dipende dalla difficoltà delle digestioni, si consiglierà al malato di fare un leggiero pranzo la sera; mangerà più presto, e si coricherà quando la digestione è molto avanzata. Bisogna prender cura di un individuo in preda alla ansietà dell'incubo, e rassicurarlo tosto. Questa precauzione è specialmente utile ne' giovanetti.

QUINTO GENERE DI NEVROSI

NEVROSI SPECIALI A CERTI ORGANI

Nevrosi speciali agli organi respiratori

DELL' AFONIA NEVROSA

S' intende per *afonia* la perdita più o meno completa della voce, qualunque sia la causa che la determina.

Nelle malattie della laringe abbiamo frequentemente indicato l'afonia, o diverse altre alterazioni della voce, come uno de' loro sintomi più costanti; ora però non dobbiamo occuparci che della perdita della voce, la quale non ligandosi ad alcuna lesione materiale palpabile, costituisce una nevrosi speciale della laringe.

Sintomi. — L'afonia nervosa può manifestarsi gradualmente, o pure bruscamente. Senza alcun mal'essere, alcun dolore né incomodo verso la laringe, gli ammalati non sono avvertiti del loro stato se non quando vogliono parlare. La loro voce è più o meno estinta, ma non intieramente abolita; parlano a voce bassa, spesso sono obbligati, per profferire un suono di fare degli sforzi considerevoli.

Corso, durata, esito. — La malattia a un corso variabilissimo ed affatto irregolare, come quello di tutte le nevrosi: così può cessare dopo una durata brevissima o prolungarsi indefinitamente. Spesso comparisce ad intervalli più o meno ravvicinati. Si citano de' casi in cui affetta una forma intermittente. L'afonia cessa ora lentamente, a poco a poco, ora bruscamente. Quindi è che molti ammalati si son coricati afonici, e si son risvegliati dopo alcune ore colla voce affatto libera; però ciò osservasi solamente nelle isteriche. Quindi è che in queste ammalate si vede l'afonia, finire dopo pochi istanti, non lasciare alcuna traccia dietro di essa.

Qualche volta l'afonia è incurabile; se cede dopo aver durato lungo, tempo di rado la voce riprende tutta la sua forza ed il suo suono.

Diagnosi. — Non bisogna confondere come si è praticato altre volte, l'afonia col mutismo. In fatti in cotest'ultima malattia, vi è impossibilità assoluta di formare i suoni articolati, mentre nell'afonia i suoni non possono essere prodotti o pure sono considerabilmente indeboliti. L'afonia una volta stabilita si determinerà se sia nervosa o sintomatica. Questa non offre generalmente alcuna difficoltà se si considera che la prima si manifesta per lo più bruscamente, che non è accompagnata da dolore, nè da tosse, nè da espettorazione, nè da dispnea. Se in alcuni casi rari, l'afonia coincide al suo sviluppo con alcuni segni di una leggierissima flemmasia della dietro bocca e della laringe, questi si dissipano prontamente, e malgrado ciò l'afonia farà novelli progressi.

Pronostico. — Se l'afonia non è grave costituisce però una malattia incomoda, e spesso ostinatissima.

Etiologia. — L'afonia nervosa, rara negli uomini, si osserva specialmente nelle donne isteriche, e si sviluppa spesso dopo gli attacchi dello isterismo. Si è detto che le malattie delle parti genitali potevano svilupparla in modo simpatico; questo fatto però non è per anco sufficientemente stabilito. L'afonia è qualche volta venuta in seguito di una emozione viva; un fatto di questo genere è stato osservato da' signori Chomel e Blache. Può anche essere prodotta dallo abuso de' liquori spiritosi, dalla introduzione di certi narcotici, come la bella donna o il giusquiamo; infine si è veduta molte volte in seguito di uno avvenimento.

lenamento saturnino. In tutti i casi, i nervi ricorrenti sono impressionati in un certo modo, l'anatomia e la fisiologia c'insegnano che debbono essere affetti; però la loro lesione, se avviene una, è impercettibile secondo noi.

Cura. — Non esiste alcun mezzo realmente efficace contro l'afonia nervosa. Il corso, la irregolarità di questa malattia, la sua scomparsa brusca spesso senza causa conosciuta, debbono rendere circospetti quando trattasi di valutare la influenza che può esercitare sulla malattia la terapeutica. In fatti molte volte non avvi che semplice coincidenza. Tra i mezzi consigliati contro l'afonia nervosa, si trovano tutti gli antispasmodici, e specialmente il succino (1 gramma, tintura eterea in 200 o 250 gramme di veictuolo) il quale à goduto in questi casi di una certa ripulazione. I rivellenti sulla laringe, i sinapismi, i vescicanti, le unzioni coll'olio di croton, colla pomata stibiata, sono mezzi eccitanti e perturbatori ad un tempo, i quali sono stati utili in moltissimi casi. Sono del pari utili gli evacuanti gastro-intestinali ed il salasso; questo mezzo che sembra contro-indicato per la natura della malattia, à, in un fatto osservato da Ollivier (d'Anger), prodotto i più felici risultati.

In fine ne' casi ribelli, ànno proposto di agire direttamente sulla laringe. Questo medicamento topico è stato raccomandato dal dottor Bennati, il quale prescriveva un gargarismo di allume (da 4 a 20 gramme e più di allume in 300 gramme di decozione di orzo), nella idea che la mucosa faringo-laringea era affetta da atonia. Più recentemente ancora, il Signor Troussseau à impiegato le cauterizzazioni col nitrato di argento, seguendo il processo che abbiamo descritto nel primo volume, trattando della laringite cronica. In questi stessi casi, si è impiegata la elettricità e la elettro-puntura.

Certe afonie richiedono in oltre alcuni mezzi speciali. Così quella che è intermittente cederà al solfato di chinina: a quella avvenuta in seguito della esposizione alle emanazioni del piombo, si opporranno i bagni solforosi, la strienina, ed i rivellenti sul collo: si combatterà pure la cachessia saturnina con un convenevole medicamento, coll'uso de'tonici e de' terraginosi.

DELLA PERTOSSE

Sinonimia. — Catarro convulsivo, tosse convulsiva, tosse soffogante, tosse blea.—Pertosse viene da *coqueluchon*, speci di cappuccio del quale gli ammalati si covrivano la testa (Valeriola), o dal *coquelicot* perchè s'impiegava contro questa malattia il fiore di questa pianta (*Marcus*), o dalla simiglianza della tosse col canto del gallo.

La pertosse è una malattia caratterizzata da una tosse convulsiva che ritorna a conati, ne' quali molti movimenti di espirazione rumorosa si succedono con una grande rapidità, e sono seguiti da una inspirazione lenta, stentata e molto sonora.

Storia. — La pertosse non si trova descritta in alcun degli scritti de' medici greci ed arabi, quindi senza sufficienti motivi alcuni autori rapportano alla pertosse alcune tossi epidemiche del medio evo, indicate anzichè descritte dagl' istoriografi, e che, sebbene chiamate col nome di pertosse, sembrano riportarsi piuttosto alla grippe. La pertosse non fu chiaramente indicata che da Willis; però bisogna risalire sino al secolo XVIII^o per trovarla descritta siccome una malattia distinta. A contare da quest' epoca, i lavori si son succeduti con rapidità in tutta la Europa; si osservano specialmente quelli di Alberti, di Fothergill, di Marcus, di Watt. In Francia, possediamo il trattato del Signor Desruelles, lo eccellente articolo del Signor Blache, nel *Dictionnaire de médecine*, come anche le ricerche dei signori Trousseau, Rilliet e Barthez.

Anatomia patologica. — A torto alcuni autori àn voluto rannodare la pertosse alle lesioni costanti. Questi medici ànno considerato il più delle volte come cause della malattia ciò che non era che un accidente, una complicazione. Tra le lesioni che ànno indicato a preferenza, troviamo la bronchite, che alcuni ànno detto essere anche costante, ma il signor Blache à dimostrato che mancava in molti casi. In quelli morti nel corso di una pertosse, si trovano forse spesso le pneumonie lombari e lobulari, i tubercoli polmonali, e bronchiali; altre volte sono versamenti nelle pleuri. Ma in queste lesioni altro non si vedrebbe manifestamente che complicazioni allo sviluppo delle quali la pertosse à contribuito certamente per la maggior parte. Non diremo altrettanto dello enfisema che esiste specialmente al bordo anteriore de' polmoni, e de' dilatamenti che osservansi sopra uno o molti bronchi; la prima di queste lesioni è il risultato degli sforzi che fanno gli ammalati durante i conati violenti di tosse, mentre che i dilatamenti risultano probabilmente meno da questa causa che dallo accumulo delle mucosità; oltre a chè è questo un elfetto che abbiamo già indicato trattando della bronchite capillare.

Alcuni autori ànno detto che nella pertosse i nervi toracici, e specialmente il pneumo-gastrico, erano infiammati. Breschet dice aver trovato questa lesione due volte, ed il dottor Kilian quindici. Però numerose ricerche ànno dimostrato che quest'alterazione era rarissima. In fatti, nessuno in Francia, se si eccettua Breschet l' à osservata; aggiugiamo che su 47 cadaveri aperti da Albers, da Bonn, i nervi vaghi furono trovati intatti in 43; su quattro esisteranno alcuni arrossimenti, ma tutto por-

ta a pensare che questo altro non era che una lesione puramente cadaverica, cioè un arrossimento per imbibizione.

Sintomi, corso. — In generale anno ammesso nella pertosse tre periodi, cioè: un primo periodo detto *catarrale*, un secondo o *spasmodico*, ed un terzo o di *declinazione*.

Primo periodo. — Nella quasi totalità de' casi, cioè 18 o 19 volte su 20, la pertosse si sviluppa con un semplice catarro con raucedine, rantolo sibilante e sonoro del petto. Questo catarro è ora apiretico, ora febbrile; quasi sempre è circoscritto alla trachea ed a' bronchi; ma qualche volta invade simultaneamente la mucosa del naso e la congiuntiva, come se un morbilli si dovesse manifestare. La tosse non offre a quest'epoca alcun carattere particolare benchè si sia preteso il contrario. Si è pur sostenuto che questa bronchite prodroma di una pertosse si distingueva dalla bronchite semplice per lo abbattimento, per la tristezza, l'assopimento ed un certo grado di ansietà; però questi fenomeni non anno niente di costante, e quando esistono, sono piuttosto in rapporto coll'apparato febbrile anzichè colla flemmasia della quale le vie aeree sono la sede. Checchè ne sia, dopo una durata di uno o due settenari, ora meno raramente più, comincia il secondo periodo, cioè che la pertosse si stabilisce definitivamente; essa si caratterizza.

Secondo periodo. — Dapprima si osserva che i conati di tosse si ravvicinano; sono più ostinati; già le scosse sono più forti ed eccitano qualche volta i vomiti. Ne' casi rari in cui il periodo catarrale manca, la malattia sviluppa in seguito colla tosse convulsiva. Questa può dichiararsi bruscamente; però il più delle volte è annunziata per alcuni secondi o alcuni minuti da diversi fenomeni de' quali i principali sono; poca oppressione, solletico incomodo verso la laringe o verso l'orificio della trachea, un acceleramento de' movimenti respiratori, un aria di ansietà e di spavento, ec. Allora si veggono spesso gli ammalati sedersi precipitosamente o correre per avvilicchiarsi ad un corpo solido; se accade durante la notte, si risvegliano consusulti e si seggono sul letto; si trovano nell'ansietà, e cercano di trattenere il respiro. Ma tosto la tosse si manifesta, le scosse si succedono sì rapidamente che la respirazione è impossibile; quindi la soffogazione è imminente. In fatti la ematosi non potendo aver luogo, per mancanza di aria ne' polmoni, la faccia è colpita da congestione, poi si fa azzurrognola: gli occhi sono protuberanti e bagnati di lagrime; le vene del collo sono distese, e le arterie battono con forza; la pelle, specialmente alla faccia ed al collo, è inondata di un freddo sudore. Gli sforzi che gli ammalati fanno eccitano spesso i vomiti e le escrezioni involontarie dell'urina e delle fecce. Si è del pari notato qualche volta i movimenti convulsivi e le sincopi: infine non è raro

vedere il sangue esalato dalla petuitaria,, altre volte della congiuntiva e dal condotto uditivo, ed anche da' diversi punti della faccia, specialmente nella spessezza delle palpebre. Si comprende quanto sia allora grande l'ansietà: così la fisionomia degli ammalati esprime ad un tempo il palema ed il terrore: ma tosto questo stato, in apparenza sì grave, e che produrrebbe infallibilmente la morte se si prolungasse di più, si dissipa. Si osserva a principio che le piccole inspirazioni ondate vengono ad interrompere la continuità della tosse; poi questa cessando finalmente, gli ammalati eseguono una inspirazione più lunga, sibilante, affatto caratteristica. Questa non è però costante nel fanciullo, lo è anche meno nello adulto, nel quale la inspirazione è spesso sostituita da una inspirazione soltanto prolungata: che che ne sia, lo accesso allora è terminato. Però qualche volta, questo tempo è soltanto un arresto, un riposo conceduto allo ammalato. In questo caso, dopo una breve sospensione, gli stessi sintomi si riproducono, e non finiscono definitivamente se non quando gli ammalati hanno restituito colla tosse e dopo sforzi di vomito una maggiore o minor quantità di liquido filamentoso, albuminoso, misto qualche volta a materie alimentizie.

Questi accessi al principio daranno da un mezzo minuto sino ad un minuto, raramente più; si ripetono più o meno frequentemente. I signori Rilliet e Barthez ne hanno contato sino a settanta nel corso delle ventiquattr'ore; spesso ve ne sono una ventina: sono più frequenti la notte che il giorno; alcuni autori pretendono il contrario. Gli accessi arrivano quasi sempre senza causa; qualche volta sono provocati dalla impressione del freddo, de' gridi, dalle scosse del riso, da' pianti, da un dolore, da una emozione, una contrarietà, dal distendimento dello stomaco dopo il pranzo, ec.

Vi sono molti fanciulli i quali subito dopo gli accessi riprendono i loro giuochi ed il loro brio. Se poi i conati sono lunghi e molto ravvicinati, lasciano spesso dietro di essi uno stato di mal'essere, cefalalgia, peso alla testa, dolori nel petto specialmente verso le inserzioni del diaframma; avvi pure un senso di spezzamento e di tetraggine; la faccia rimane per qualche tempo gonfia, ed il polso accelerato. A quest'epoca però la febbre è comunemente cessata, ma qualche volta continua ancora, e diviene anche più intensa, e si complica quasi sempre a qualche flemmasia specialmente de' polmoni.

La esplorazione del torace, nel secondo periodo della pertosse, presenta risultati importanti a doversi conoscere. Il suono del petto è sempre lo stesso, fuori i casi di certe complicazioni. Nello intervallo de' conati, l'ascoltazione, non fa scovrire alcun rantolo, il mormorio respiratorio è vescicolare dappertutto: applicando poi l'orecchio durante i conati, al momento in

cui lo ammalato espira e non respira; non si avverte alcun rumore, ed altro non si sente che la scossa impressa dalla tosse alle pareti toraciche. Non si scorge nè anche il rumore vescicolare, quando esistono ancora solamente semplici inspirazioni corte ed ondate; lo stesso accade durante la inspirazione sibilante, il che dimostra che l'aria non penetra affatto al di là della trachea e delle prime divisioni de' bronchi.

La durata del periodo spasmodico varia moltissimo; può essere di due settenari soltanto, o prolungarsi per due, tre mesi e più, ordinariamente però, secondo i signori Rilliet e Barthez, non oltrepassa i trenta o quaranta giorni.

Terzo periodo. — Questo è il periodo della declinazione. Quando la malattia tende alla guarigione, i conati si allontanano, sono meno lunghi, meno penosi, e somigliano vieppiù ai conati di una bronchite ordinaria. Infine dopo un tempo molto variabile, come una o molte settimane, uno o molti mesi, tutto ritorna nell'ordine.

Complicazioni. — La pertosse si complica spesso, nel suo corso, a molte affezioni: Queste complicazioni sono specialmente frequenti ne' fanciulli, e soprattutto nel secondo periodo: prima di tutto è la pneumonia, poi la bronchite capillare, i tubercoli polmonali, la pleurisia, la meningite, l'enterite, ec. Le scosse della tosse possono pure provocare, siccome lo abbiain già detto, un enfisema polmonale, un dilatamento ne' tubi de' bronchi, la formazione o la ricomparsa di un' ernia, e ne' fanciulli specialmente il prolusso del retto.

Il Signor Blache à osservato che la pertosse non è stata mai modificata sensibilmente nel suo corso dalle malattie intercorrenti: però si vede qualche volta una malattia febbrile sospendere per qualche tempo i conati e guarire anche gli ammalati: è questo un fatto in favor del quale possiamo citare la testimonianza del Signor Trousseau.

Durata, esito. — Da ciò che precede, si vede quanto sia variabile la durata della pertosse. Benchè non torni possibile poter niente stabilire di preciso su di ciò, diremo essere cosa rarissima veder cessare la malattia prima di due settenari, più spesso dura uno o molti mesi.

La pertosse. — Quando è semplice termina quasi sempre colla guarigione; esistono appena due esempi di morte accaduta in mezzo a conati: l'esito funesto è sempre determinato da qualche complicanza. Però la pertosse potrebbe per se sola produrre la morte, se si prolungasse per molto tempo; in questi casi i fanciulli spossati si dimagrano, si depauperano, perdono le loro forze e muoiono.

Diagnosi. — La pertosse si distingue dal crup, nel quale la voce è rauca ed estinta, la tosse sorda e soffogata; la dispnea

continua in oltre negl' intervalli delle crisi, purchè le false membrane non siano state espulse. La pertosse potrebbe solamente confondersi colla bronchite acuta, che produce penosi conati. Però nella infiammazione de' bronchi, i conati non si accompagnano mai a questi sintomi asfitici che abbiamo notati precedentemente: la inspirazione che li termina non è mai sibilante; di rado avvi vomito; le materie espettorate sono mucose ma non filanti ed albuminose; infine esiste quasi sempre la febbre ed i rantoli secchi ed umidi.

Pronostico. — La pertosse semplice senza complicazioni, in generale è poco grave. Il pronostico è tanto più pericoloso in quanto che il fanciullo è più giovane e più debole. La pertosse epidemica è generalmente più grave di quella sporadica. La esistenza della febbre nel periodo spasmodico deve chiamare tutta l'attenzione del medico, e far dubitare qualche grave complicazione.

Etiologia. — La pertosse può manifestarsi in tutte le età della vita, però colpisce in preferenza i fanciulli, e questi sono specialmente soggetti, da uno a sette anni, secondo i dati del Signor Blache. Lo stesso autore à provato che la malattia era un poco più comune nelle ragazze che nei ragazzi. Tutte le costituzioni vi sono quasi egualmente soggette: incrudelisce in tutti i climi e regna in tutte le epoche dell'anno, affetta tanto i ricchi quanto i poveri: però è forse più comune in questi ultimi, perchè le cattive condizioni in mezzo alle quali essi vivono sembrano favorire molto lo sviluppo della malattia. La pertosse regna spesso epidemica, è raro che si potesse scovire una causa eccitante. Oggi non si saprebbe mettere in dubbio il carattere contagioso della malattia, perchè i signori Rostan, Guersant, Hussler, Blache, Trousseau, Bouchut, ec., citano in favore del contagio i fatti più indubitati. Il Signor Guersant pensa che la trasmissione è tanto più facile in quanto la malattia è giunta al suo più alto grado di sviluppo. Egli fissa a cinque o sei giorni la durata del periodo d'incubazione. Al pari di molte altre malattie contagiose, la pertosse assale una sola volta lo stesso individuo: le recidive sono sì rare che Rosen non à potuto osservarne un sol caso durante una pratica di trentadue anni.

Cura. — Tra tutte le malattie non avviene alcuna contro la quale sia stata raccomandato un numero maggiore di agenti terapeutici quanto nella pertosse; passeremo in disamina i principali soltanto.

Nel primo periodo della malattia, bisogna adottare la cura che si seguirebbe in una bronchite ordinaria. Si continuerà nel secondo periodo, purchè la pertosse sia semplice: però bisognerà sorvegliare gli ammalati e farli sedere subito che i conati hanno luogo, perchè senza questa precauzione, i più giovani po-

trebbero perir soffogati. Se esiste una copiosa espettorazione, se specialmente le mucosità segregate in abbondanza sembrassero provocare i conati, bisognerebbe, siccome il Signor Guersant lo consiglia, amministrare un vomitivo, ed in preferenza la ipecacuana che si dà in polvere o infusione; se esistesse costipazione, si prescriverebbe un minorativo. Lo emetico è il medicamento che Cullen preferiva; lo amministrava frequentemente; voleva che si provocassero frequenti vomiti; poi, negl' intervalli, ordinava gli emetici antimoniali a minori dosi, in modo da eccitare solamente le nausee. Cullen amministrava comunemente il tartrato antimonio di potassa, secondo la formola di Fothergill (1). I mezzi di cui è parola spesso allontanano le crisi. Il salasso, vantato da alcuni, non dovrà essere prescritto se non quando esiste la febbre, quando lo individuo è forte, pletorico, o pure quando a luogo qualche complicazione che ne indica l'uso. Si preferirà per quanto è possibile il salasso generale al salasso locale, eccetto ne' fanciulli giovanissimi.

In questo periodo sono stati raccomandati i sedativi e gli antispasmodici: l'oppio la belladonna, la cicuta, l'acido idrocianico tra i primi: il muschio, l'assafetida, l'ossido di zinco tra i secondi, sono i medicamenti che più hanno raccomandato. L'oppio non sembra così efficace per quanto lo àn detto alcuni; così si preferisce la belladonna, che si amministra in polvere frescamente preparata aumentando la dose più o meno secondo la età degl' individui. Si comincia sempre con piccole dosi, come 1 o 2 centigramme; si aumenta progressivamente sino a che la influenza del medicamento sulla pupilla sia manifesto: è questo un punto di pratica fortemente raccomandato dal Signor Guersan e dallo Americano Jackson. Hanno pure consigliato di fare le frizioni sullo epigastrio con una pomata contenente 8 gramme di estratto di belladonna e 30 di cerato. Altri, come il Signor Blache, applicano sul petto i cataplasmi di farina di lino cotta in una forte decozione di foglie di belladonna. Infine, il Signor Fuster si serve di questa perfumigazioni.

La cicuta à goduto di una certa riputazione, specialmente in Alemagna: la si prescrive sotto forma di estratto, cominciando da 1 a 2 centigramme due o tre volte al giorno. Alcuni la danno sola; altri l'associano allo emetico (Schlesinger), alcuni alla belladonna ed all'ossido di zinco (Guersant). Faremo men-

(1) Prendere 1 decigramma di emetico; mischiarlo esattamente a 2 gramme di polvere di granchio nello scopo di dividerlo con precisione in piccole dosi, dare ad un fanciullo da 1 a 5 centigramme di questa polvere, contenente 1/16 di granello di emetico, in un veicolo di latte o di acqua. Se ciò è insufficiente; aumentare la dose l'indomani replicando il vomitivo in tutti i giorni.

zione dell'acido idrocianico solamente per proscriverlo, specialmente ne' fanciulli, in ragione degli accidenti che può produrre, non ostante qualunque precauzione; verrà sostituito dall'acqua di lauro regio; ma la efficacia di questa preparazione non è per anco ben dimostrata.

Quando i narcotici mancano, àn ricorso agli antispasmodici; quindi si dà l'assafetida per clisteri ed anche per la bocca, associata a parti eguali di sciroppo di zucchero: altri preferiscono l'ossido di zinco alla dose di una decigramma nello spazio di due o tre ore, senza oltrepassare otto o dieci nelle ventiquattr'ore. Questi due medicamenti possono combinarsi insieme. Passeremo sotto silenzio moltissimi altri medicamenti empirici vantati contro la pertosse: faremo parola della vaccinazione, che alcuni medici ànno consigliato, specialmente in Inghilterra, solo per negare ch'essa non è mai un mezzo preventivo, e che potesse abbreviare la durata della malattia; diremo altrettanto dei rivellenti sul petto. I tonici e specialmente la chinachina, le bevande amare non ànno alcuna azion diretta sulla malattia, e non dovranno essere impiegati che nel terzo periodo, per compiere una indicazione speciale, per sostenere le forze in un individuo spossato. I bagni tiepidi saranno anche utilissimi nei fanciulli irritabili che ànno spasimi, agitazione ed accidenti convulsivi. Infine, nelle pertosse ostinate, uno de' mezzi più efficaci per troncargli prontamente gli accessi, è il cambiamento del luogo; basta qualche volta trasportare gli ammalati in un altro quartiere solamente per vedere quasi prontamente la malattia ammansirsi o cessare completamente. Quando non avvi febbre ed il tempo non è molto freddo, gli ammalati dovranno uscire e far moto. Si alimenteranno ma senza molto distendere lo stomaco; per conseguenza i pranzi dovranno essere, siccome lo dice il Signor Blache, piuttosto molteplici anzichè copiosi. Lo alimento sarà composto di sostanze dolci, eccetto verso il declinar dalla malattia e negl'individui deboli, nei quali bisogna spesso ricorrere agli alimenti più sostanziosi: in questi ultimi, si consiglierà pure con vantaggio l'uso della flannela e le frizioni secche sulla pelle.

Tra i mezzi preservativi, non avvi alcuna efficacia; non avvi sicurezza che isolando gli ammalati.

Natura. — Torna inutile, da ciò che abbiamo detto, combattere la opinione de' medici i quali considerano la pertosse come una varietà, una forma speciale della bronchite. In fatti la infiammazione de' bronchi non è qui che un accidente della malattia, una complicazione. Di accordo col Signor Hufeland, Albers, G. Frank, i signori Roche, Blache, Guersant, noi consideriamo la pertosse come una nevrosi, e fondiamo il nostro convincimento, su ciò che, nel suo stato di semplicità, la

malattia non à alcun carattere anatomico; sulla mancanza ordinaria della febbre nel suo periodo spasmodico; sul suo corso irregolare; sugli accessi che la caratterizzano, accessi i quali una volta terminati non lasciano alcuna traccia. Aggiungiamo a ciò la impotenza de' salassi, la utilità de' sedativi, la scomparsa qualche volta brusca della malattia pel solo cambiamento del luogo.

Ma in quale parte delle vie respiratorie bisogna localizzare la malattia? forse ne' bronchi, nella mucosa aerea o nel nervo vago? Ecco un mistero che non ci è dato penetrare.

DELL' ASMA

Ad un epoca in cui le malattie non erano caratterizzate e denominante che da' disturbi funzionali, la parola *asma* era quasi un sinonimo di *dispnea*, e veniva distinto in *permanente* ed in *periodico* secondo che lo incomodo della respirazione era continua o si manifestava di tempo in tempo soltanto. Però i principali nosografi, come Sauvages, e specialmente Cullen rannodano alla parola *asma* la idea di una difficoltà intermittente di respirare, che ritornava ad intervalli, e con ciò cercavano di separare le dispnee sintomatiche delle lesioni organiche da certi incomodi della respirazione, i quali, dipendenti da alterazioni meno palpabili, erano considerate da essi come essenziali. I progressi incessanti dell'anatomia patologica ànno ristretto di più il numero di queste dispnee credute nervose, che in fatti si giunge quasi sempre a rannodarle ad una lesione del cuore o dei grossi vasi, e forse più spesso all'enfisema polmonale. Bisogna però guardarsi per non cadere nello stesso eccesso di alcuni nostri contemporanei, i quali negano positivamente la esistenza dell' asma puramente nervoso, dell'asma essenziale, cioè di quello indipendente da qualunque lesione materiale palpabile a' nostri sensi, ed a' mezzi d'investigazione che oggi possediamo. Intanto i pochi fatti, è vero, ma raccolti da uomini abili, ànno dimostrato che esisteva realmente una nevrosi delle vie respiratorie, caratterizzata dagli accessi di oppressione che si riproducono ad epoche irregolari, spesso molto lontane, e nello intervallo de' quali gl' individui godono di una perfetta salute.

Questo punto importante di medicina è stato stabilito perfettamente da un distinto medico di marina, il Signor Am. Lefèvre, in un lavoro coronato nel 1835 dalla Società reale di medicina di Touluse, ed inserito nel *Journal hebdomadaire*.

Sintomi, corso. — L'asma si manifesta spesso bruscamente; altra volta è preceduto per alcuni istanti da uno stato di male essere, da sbadigli, da contorcimenti e da uno sviluppo più o

meno considerabile di gas dalla bocca o dallo intestine. In generale durante la notte, e più spesso dalle dieci della sera alle due della mattina, l'asma si manifesta. Lo ammalato essendosi coricato buono è risvegliato bruscamente da un senso di compressione e di stringimento del petto, che il Signor Lefèvre, egli stesso asmatico, considera come caratteristico. Gli ammalati, non potendo guardare la posizione orizzontale, si siedono precipitosamente; alcuni scendono dal letto, corrono alla finestra per respirare un'aria libera. Evvi individui i quali altro non provano, e che poco dopo ritornano alla loro calma abituale. Lo accesso allora è abortito. Ma la malattia continuando quasi sempre la sua evoluzione, si veggono individui i quali soffrono un incomodo crescente ed estremo della respirazione, sono assisi sul loro letto o sopra una sedia, colle braccia appoggiate ad un corpo solido, per procurare così un punto di appoggio a' muscoli della spalla e della colonna; solamente con grandi sforzi possono dilatare il petto ed eseguire il primo tempo della respirazione; la espirazione à luogo lentamente, essa è indicata da un sibilo; una tosse secca o accompagnata da una espettorazione poco abbondante di materie vischiose si stabilisce, ed aumenta anche l'ansietà, quantunque sia già grande. Osservato il petto in questo momento è sonoro, ed offre pure spesso, secondo il Signor Lefèvre, un suono maggiore dello stato normale. Applicato l'orecchio si sentono dappertutto rantoli sibilanti e sonori, misti alla fine dello accesso, a bolle, a rantoli umidi. La faccia, prima pallida, poi rossa violacea, tumefatta, esprime il patema; gli occhi sono protuberanti e lacrimanti, le pinne del naso agitate da un movimento attivo di dilatamento e restringimento; la parola è interrotta e stentata. Questo stato grave dura un tempo che varia da alcuni minuti soltanto sino a molte ore. In generale, i sintomi si ammansiscono coll'avvicinar del giorno e la calma si ristabilisce a poco a poco. Spesso questi accidenti terminano con una espettorazione abbondante di mucosità dense, filamentose, qualche volta cilindriche, e dello aspetto di un vermicello cotto. Qualche volta ancora gli ammalati rendono una grande quantità di urina chiara, e spesso senza proporzione colla quantità delle bevande, è questa una osservazione che Flower à fatto su di se stesso. Gli ammalati, anzichè sollevati, sono maltrattati, spezzati; ànno testa pesante, qualche volta addolorata; infine si abbandonano al sonno, il quale è tranquillo e loro procura, dice il Signor Lefèvre, un inesprimibile piacere. Spesso però la è questa una semplice remittenza; allora gli ammalati conservano oppressione per tutto il giorno, e gli stessi accidenti si riproducono le notti seguenti una o molte volte di seguito.

Gli accessi dell'asma mettono, nel loro ritorno, degl' intervalli più o meno lunghi. Per esempio, egli è cosa frequente veder passare molti anni; in alcuni casi rari si riproducono periodicamente. Ne' loro intervalli la salute è perfetta; non esiste alcun disturbo manifesto negli organi circolatori e respiratori: però la maggior parte si gonfia più facilmente, e la mucosa delle vie aeree è più irritabile, più suscettibile.

Durata, esito. — L'asma dura indeterminatamente il più delle volte dura per tutto il tempo della vita. Si comprende che ripetendosi sviluppa finalmente diverse lesioni organiche de' polmoni (enfisema, dilatamento dei bronchi) e del cuore (ipertrofia, dilatamento, ec.); questa idea però è solamente razionale, non per anco confermata dalla esperienza.

Diagnosi. — Per stabilire che un asma è essenziale, bisogna investigare colla massima cura se esiste qualche lesione organica. Non bisogna dimenticare che le alterazioni che più spesso danno luogo alle dispnee sintomatiche le quali possono più facilmente simulare l'asma, sono le malattie di cuore, e forse più le dilatazioni aneurismatiche dell'aorta; ma specialmente lo enfisema vescicolare (vedi queste malattie). Una di queste lesioni sarà tanto più probabile in quanto che si tratterà di un individuo più vecchio.

Pronostico. — Il volgo crede che una lunga esistenza è promessa agli asmatici. Senza voler garentire questo detto del volgo, ricordiamo che Floyer, il quale à scritto un trattato sull'asma, è stato affetto da questa malattia per lo spazio di trent'anni, ed è morto ottagenario. Per consolare i suoi compagni d'infortunio, questo giudizioso autore diceva che il suo incomodo non lo aveva affatto impedito di studiare, di passeggiare, di montare a cavallo, di esercitare la sua professione, di bere e mangiare come qualunque altro.

Credo che nessuno ammalato sia morto durante un accesso di asma semplice; ma se è vero che questa malattia non compromette immediatamente la vita, può dirsi essere incomoda ed ostinata; sotto questo rapporto essa costituisce una seria affezione. La esistenza di una malattia organica concomitante è una circostanza molto aggravante.

Etiologia. — Ignoriamo quasi intieramente le cause dell'asma; sappiamo soltanto essere una malattia ereditaria. Rarissima nella infanzia, si manifesta specialmente verso l'età adulta; gli uomini vi sembrano predisposti. S' ignora la influenza che la costituzione ed i temperamenti possono esercitare. Le cause principali che provocano gli accessi sono le variazioni atmosferiche brusche, la dimora in un luogo caldo, in un'aria non rinnovata, gli eccessi alcoolici, certi odori. Quindi Cullen rapporta che una donna di un farinacista provava gli accessi di

asma ogni qualvolta si polverizzava la ipecacuana in un luogo anche lontano dallo appartamento che essa abitava. Le emozioni morali possono avere lo stesso effetto. Così il Signor Ferrus racconta che un giovane ufficiale fu preso per la prima volta da un accesso di asma vedendo Parigi occupato dalle truppe nemiche; parla pure di un finanziere il quale divenne asmatico dopo i rovesci della fortuna, senza che lo esame di tutti gli organi mostrasse nelle due persone la esistenza di alcuna causa organica. Molti asmatici provano gli accessi quando cambiano di residenza; avvi ammalati, per esempio, i quali non possono andare in certi luoghi senza provare sin dalla prima o seconda notte degli accessi di soffogazione, i quali spariscono tosto che sono ritornati alle loro case. Secondo Floyer e Van-Illemont, gli accessi sarebbero più frequenti in està che in inverno.

Cura. — La prima attenzione, dice il Signor Lefèvre, che debbono avere quelli che provano i segni prodromi dell' asma, è quella di respirare un'aria libera e fresca, di prendere una posizione che rende tanto facili quanto possibili i diversi movimenti della respirazione, di sbarazzare il corpo da tutti i ligami o vestimenti che potrebbero incomodarlo, di guardare il riposo ed un silenzio assoluto. Non si metteranno a letto se non quando sperano addormentarsi sollecitamente. La influenza della luce solleva molto; il Signor Lefèvre consiglia agli asmatici di tenere un corpo in combustione nella loro camera; debbono evitare la menoma impressione di freddo. Prima di coricarsi, faranno smuovere fortemente il loro letto; con questa sola precauzione, il Signor Lefèvre a spesso impedito lo sviluppo dello accesso che provava già ne' prodromi.

Durante lo accesso, si applicheranno i rivellenti ambulanti sugli estremi inferiori. Alcuni medici hanno proposto allora il salasso; molti però biasimano questa pratica, la quale nel fatto non deve essere seguita, siccome lo dice il Signor Lefèvre, se non quando bisogna combattere qualche complicazione. Hanno pur consigliato in simil caso di applicare delle ligature sulle membra inferiori. Il Signor Joly dice esser riuscito molte volte impiegando questo mezzo, il quale è improntato da Sennert; il Signor Lefèvre però assicura non aver conosciuto alcun vantaggio. Questo autore non crede alle virtù di alcuna delle bevande che sono state più o meno raccomandate. Egli preferisce l'acqua pura; altri cavano vantaggio dalle bevande calde, Floyer si loda molto dell'acqua panata, con un poco di nitro o di sal d'anmoniaca, ch'egli beveva bondantemente la sera andando al letto. Quando lo accesso si prolunga e la espettorazione è difficile, convien amministrare alcuni granelli d'ipecacuana. I purganti sono riguardati da Floyer siccome inutili o anche nocivi. Sono stati raccomandati i stupefattivi, specialmente le so-

glie di datura stramonio, che gli ammalati fumano nella pipa. Il Signor Magistel à pure proposto i suffumigi di belladonna; Kriner e Laënnec, le ispirazioni della infusione di lauro regio; in Inghilterra àno anche vantato la tintura di lobelia enfiata, alla dose di 20 o 30 gocce; ma lo antispasmodico, il sedativo per eccellenza è l'oppio; Cullen gli concedeva in simil caso la più grande confidenza. Passerò sotto silenzio le gomme-resine fetide, delle quali molte benchè dotate di proprietà antispasmodiche non debbono però essere impiegate, perchè Floyer à conosciuto che esse erano piuttosto nocive anzichè utili agli asmatici. In fine in questi ultimi tempi, àno molto parlato della cauterizzazione della parete posteriore della faringe con un pennello pregno di ammoniac: con questo mezzo si è preteso poter arrestare gli accessi e prevenire il ritorno.

Per prevenire gli accessi, gli ammalati eviteranno di esporsi alle vicissitudini atmosferiche, faranno uso della flanella; la sera mangeranno poco, faranno una semplice collazione, o almeno si asterranno dal mangiar la carne; eviteranno tutti gli alimenti indigesti, e gli spiritosi. Pel regime però bisogna consultare la suscettibilità degl'individui e niente proscrivere in modo assoluto; così il thè ed il caffè, che Cullen proibisce severamente, sòno per lo contrario considerati da Floyer siccome utili. Quel che diciamo degli alimenti e delle bevande si applica purc per l'abitazione. Così i climi caldi sebbene favorevoli alla maggior parte degli asmatici, avvi però di alcuni ammalati i quali si trovano meglio nelle latitudini temperate. In generale, dice il Signor Lefèvre, un'aria pesante, umida come quella che respirasi ne' paesi bassi e sulle rive dei fiumi, è più favorevole agli asmatici. Floyer, per lo contrario, riporta gli stessi vantaggi all'aria asciutta, e dubita dell'aria umida e specialmente nebbiosa. Quest'ultimo à molto raccomandato l'esercizio a cavallo. Qui, come in tutte le nevrosi, bisogna studiare le suscettibilità ed i capricci, se così può dirsi, di ciascuna organizzazione; in fatti ciò che torna utile all'uno, nuoce all'altro. Quindi Graves cita la storia di due asmatici della stessa età, della stessa costituzione apparente, l'uno de' quali si sollingava mentre l'altro si sentiva sollevato, quando il fumo del camino si spandeva nella loro camera.

Sede e natura. — La natura nervosa dell' asma tal quale lo abbiamo descritto non potrebbe essere oppugnata da alcuno. Ma in che consiste questa malattia? dipende essa da un restringimento spasmodico de' bronchi? È questa una opinione professata da molti distinti medici, tra i quali mi basterà citare Cullen, Laënnec, i signori Fauquier, Cruveilhier e Bègin, come pure i signori Bricheteau e Lefèvre. Questo modo di vedere è razionale; non ripugna allatto di credere che le fibre muscolari

di Reisseseu potessero contrarsi, restringere il calibro de' bronchi, e dar luogo così alla serie degli accidenti che abbiamo più sopra indicati. La esistenza de' rantoli secchi ed umidi non deve menare a far dell' asma una varietà della bronchite, atteso che la presenza de' rantoli non implica affatto necessariamente la idea della infiammazione. Le mucosità tenaci de' bronchi, come quelle che sono esalate nello accesso, sotto la influenza, non di una flemmasia, ma del pervertimento nervoso, spiegano benissimo il prodotto di questi rumori. Oltre a chè la pruova che l' asma ed il catarro sono due cose distinte, si è che queste due malattie possono presentarsi indipendenti l' una dall' altra nello stesso individuo. Così il Signor Lefèvre è molto soggetto alle bronchiti, e queste malattie si accompagnano in esso ad un poco di dispnea, ma non determinano mai gli accessi di asma.

DEL SINGHIOZZO

Il lettore sa che il singhiozzo è una inspirazione convulsiva, accompagnata da un particolar rumore e che in generale si riproduce molte volte al minuto. Non cercheremo a sapere se il singhiozzo sia una malattia convulsiva del diaframma, siccome lo voleva Hoffman, o una contrazion spasmodica dello esofago, siccome lo pensava Boerhaave, anzichè una nevrosi dello stomaco o delle vie respiratorie, perchè queste quistioni appartengono alla fisiologia, e ci allontanerebbero dal nostro soggetto.

Il singhiozzo non costituisce il più delle volte uno stato morboso a propriamente parlare, perchè ne' ragazzi specialmente, non produce nè anche incomodo; quasi sempre si dissipa da se stesso dopo breve durata.

Il singhiozzo però è spesso un sintomo incomodo nel corso di molte malattie. Così osservasi specialmente in certe affezioni acute e croniche dello encefalo, nelle peritoniti, nelle enteriti le dissenterie gravi, negli strozzamenti intestinali, ec. In tutti questi casi, la manifestazione del singhiozzo è un segno di triste augurio. Ricordiamo questi fatti senza insistervi.

Il singhiozzo, in alcuni casi, è primitivo; allora si sviluppa indipendentemente da qualunque stato morboso manifesto, e costituisce una vera malattia, la quale durando per qualche tempo in modo continuo, stanca ed abbatte al di là di qualunque espressione. Il singhiozzo si osserva negl' individui nervosi dotati di una grande suscettibilità e nelle donne isteriche. Ora à luogo spontaneamente, ora è provocato da qualche scossa violenta, come lo sdegno, lo spavento. Del pari a molte altre

nevrosi, può avere luogo per imitazione, siccome lo prova un fatto rapportato da Sauvages. Il singhiozzo si dissipa ordinariamente per se solo. Una viva emozione, l'applicazione di spirito fa introduzione di una bevanda molto acida e ghiacciata, l'azione di bere lentamente e senza respirare, uno starnuto, ec., lo arrestano qualche volta di botto. Quando poi continua e passa allo stato cronico, bisogna impiegare la limonza minerale, i bagni, l'etere, gli oppiati, poi i vomitivi a titolo di perturbatori, infine i rivellenti sullo epigastrio, poi il sinapismo ed anche il cauterio attuale. Qualche volta anche colla compressione circolare della base del torace si può trionfare di un singhiozzo refrattario a tutti gli altri mezzi. Torna inutile dire che se il singhiozzo è periodico, siccome Casimiro Medicus ne cita degli esempi, bisogna combatterlo colla china-china.

Delle nevrosi speciali allo apparecchio circolatorio

Le nevrosi speciali al cuore sono le *palpitazioni* e la *sincope*. Passeremo sotto silenzio lo *spasmo del cuore con rumore di soffietto e fremito di pigolamento*, malattia la quale, benchè ammessa da Laënnec, non ci sembra di una esistenza ben dimostrata. Non parleremo del pari delle *irregolarità e delle intermittenze* che i battiti del cuore presentano qualche volta senza che esista alcuna lesione organica, perchè questi disturbi avendo luogo quasi sempre nello stesso tempo delle palpitazioni, e sotto la influenza delle stesse cause di queste ultime, non sapremo dire niente di particolare su di essi.

In quanto alle nevrosi proprie al sistema arterioso, chiamerò soltanto l'attenzione del lettore, su i *battiti insoliti delle arterie accompagnati o pur no da rumori morbosi*. Non credo che nello stato attuale della scienza, si sia dimostrato che le arterie potessero essere affette da un'altra specie di nevrosi. Per esempio, è molto dubbio per noi che esistono nevralgie arteriose, siccome Laënnec lo à supposto. In quanto al preteso spasmo arterioso caratterizzato specialmente da un rumor di soffio ed anche da un fremito di pigolamento ne' principali tronchi vascolari e specialmente nelle carotidi, rimandiamo il lettore a quel che abbiamo detto agli articoli *Anemia e Clorosi*, perchè crediamo che i rumori morbosi di cui è parola, rumori il cui meccanismo è ancora un mistero per noi, si osservano solamente quando la quantità de' globuli del sangue sono diminuiti, siccome lo è nelle precedenti malattie.

DELLE PALPITAZIONI NERVOSE DEL CUORE

Nel linguaggio medico, sotto il nome di *palpitazione del cuore*, s'intendono que' movimenti disordinati, tumultuosi del cuore, più frequenti ed il più delle volte più forti che nello stato normale, accompagnati quasi sempre da un senso di mal essere e di dolore.

Abbiamo mille volte indicato questo sintomo nel corso della maggior parte delle malattie del cuore, del pericardio e di grossi vasi, ma le palpitazioni possono pure manifestarsi negli individui che non sono colpiti da alcuna lesione manifesta di questi organi: allora dicesi che esse sono *neruose*. Di queste ultime solamente dobbiamo occuparci in questo luogo.

Sintomi. — Le palpitazioni nervose mettono lo individuo che ne è affetto nelle stesse condizioni di una persona la cui circolazione sarebbe accelerata dalla corsa. In fatti i battiti del cuore sono più frequenti, e si elevano sino a 90 o 100 in ciascun minuto: divengono pure visibili; la mano applicata sulla region precordiale li distingue, e lo ammalato li conosce; qualche volta può anche sentire distintamente i due rumori, specialmente se si corica sul lato sinistro. Se il medico esplora la region precordiale mentre durano le palpitazioni, conosce dapprima che i battiti del cuore sono più accelerati, e che avvi un poco d'impulso; ma, siccome Laënnec lo à notato, l'urto, quando anche sembra intenso a prima vista, presenta realmente poca forza d'impulso, perchè non solleva sensibilmente l'orecchio dell'osservatore. Qualche volta i rumori sono più manifesti; si osservano in una maggiore estensione; si possono anche sentire in distanza. Esiste qualche volta un leggiero rumor di soffio al primo tempo, il quale sparisce, dice il Signor Bouillaud, subito che il cuore è ritornato al suo stato di calma. Si dice pure che la collisione esercitata da' due strati del pericardio l'un contro l'altro con una certa violenza sviluppa un rumore di strofinio secco e superficiale limitato alla region precordiale, il quale è stato paragonato al rumore che fa la mano passando fortemente sul panno. Infine, il polso, accelerato, offre spesso le ineguaglianze, le intermittenze o le irregolarità.

Le palpitazioni si accompagnano spesso ad un senso d'incomodo e di ansietà, e qualche volta ad un vero dolore alla region precordiale. Può esservi manifesta tendenza a' deliqui. In generale si osserva un leggiero acceleramento de' movimenti respiratori. Laënnec aggiunge che le urine sono abitualmente chiare e tenui.

Corso, durata, esiti. — Le palpitazioni si manifestano quasi sempre bruscamente: secondo Laënnec, esse si mostrerebbero più particolarmente al principiar della notte, e turberebbero il primo sonno. Di rado sono continue, e quasi sempre sono di breve durata; sono spesso passeggere, ma si riproducono con una estrema facilità, e possono durare con intermissioni più o meno lunghe per molti anni.

In generale si crede che ripetendosi per lungo tempo le palpitazioni possono produrre la ipertrofia di cuore. Infatti si comprende, che un aumento di azione di cuore può dar luogo ad un eccesso di nutrizione in quest'organo, siccome si osserva spesso allo esterno per i muscoli che si esercitano in modo continuo. Però questa opinione, razionalissima in principio, penso che non potrebbe essere giustificata da' fatti. Laënnec à espresso gli stessi dubbj di me.

Diagnosi. — Non è raro vedere palpitazioni nervose far credere che esiste una lesione organica del cuore, e reciprocamente. Però la diagnosi differenziale non può, in alcun caso, offrire seria difficoltà. In fatti, comunque intense esse siano, le palpitazioni nervose, come tutte le nevrosi, offrono alcune intermissioni più o meno lunghe, nelle quali non osservasi alcun disturbo manifesto del sistema circolatorio; non osservasi del pari ne' casi di affezione organica del cuore. Oltre a chè le palpitazioni nervose si potrebbero confondere con una ipertrofia; ma sappiamo che quando questa (ed è il caso più comune) si accompagna a dilatamento, il suono matto alla region precordiale è più completo e specialmente più esteso. Questo solo carattere basta, ed a rigore non avremmo bisogno per stabilire la diagnosi, di ricordare che lo impulso è considerabile nell'atrofia e poco marcato nelle palpitazioni; che in queste i rumori sono chiari, metallici, mentre che sono sordi nell'alterazione organica. Questa differenza nello impulso e nel suono de' rumori, riunita al carattere intermittente, farà facilmente distinguere le palpitazioni nervose dalla ipertrofia semplice, la quale è eccessivamente rara, come la ipertrofia concentrica. I soli casi in cui l'errore sia possibile sono quelli ove, come lo dice il Signor Bouillaud, esistono ad un tempo le palpitazioni sintomatiche di una lesione organica e le palpitazioni di natura nervosa.

Pronostico. — Il pronostico non à niente di grave.

Etiologia. — Le palpitazioni nervose si osservano specialmente, come tutte le nevrosi, negl'individui nervosi ed irritabili. Esse sono frequentemente risvegliate da affezioni vive dell'anima, come la gioia, lo sdegno e lo spavento, dalle passioni tristi, da un regime eccitante, dallo abuso de' liquori spiritosi, dalle veglie, dagli eccessi di studio e de' piaceri venerei. Le palpitazioni si manifestano pure frequentemente quando

la quantità de' globuli del sangue è diminuita, cioè nella clorosi e nell'anemia; in alcuni casi rari sono ligate, per lo contrario, allo stato pletorico. Si osservano pure spessissimo nel corso di certe nevrosi, specialmente nelle isteriche e negl' ipocondriaci, o ne' podagrosi e ne' reumatizzati soggetti a dolori erratici.

Cura. — Tutti proscrivono il salasso nella cura delle palpitazioni nevrose. I salassi in fatti non debbono essere impiegati che in quelli pletorici quando la malattia sembra dipendere dallo stato costituzionale, o quando esiste qualche complicazione infiammatoria.

Nella cura delle palpitazioni semplici, si farà uso de' calmanti, degli antispasmodici, come le pozioni coll' etere, o coll' acqua di lauro regio alla dose di 10, 20 o 30 gramme. Si potrà prescrivere ancora internamente la digitale purpurea in polvere, ma anche meglio sotto forma di tintura eterea. Con questa preparazione si faranno alcune frizioni alla region precordiale. Laënnec consiglia pure i bagni tiepidi o freschi, secondo la stagione. Vi si unirà un regime convenevole. Torna quasi superfluo dire che se avvi anemia o clorosi, bisognerà ordinare prontamente i ferruginosi ed un regime analeptico.

DELLA SINCOPE

La parola *sincope* è consacrata, dopo Galeno, per indicare uno stato morboso caratterizzato dalla perdita completa e più o meno istantanea del senso e del moto, con sospensione intiero de' battiti del cuore e de' movimenti respiratori. Si dice che avvi *lipotimia*, quando la respirazione e la circolazione continuando, il senso ed il moto sono solamente diminuiti, senza essere però intieramente aboliti.

Anatomia patologica. — Negl' individui morti per sincope, si trovano i polmoni appassiti, contenenti poco sangue e senza ingorgo alla parte posteriore. Questo fatto anatomico può spiegarsi con Bichat, dicendo che la circolazione del sangue essendosi interrotta di botto, non à avuto il tempo di empier i vasi de' polmoni, siccome ciò accade quando la morte generale comincia da questi o dallo encefalo. Il cervello è del pari privo di sangue, il cuore, per lo contrario, contiene spesso sangue liquido o a grumi, eccettuato però ne' casi di sincope per anemia.

Sintomi, corso, durata, esiti. — La sincope à luogo qualche volta bruscamente, senza prodromi. La perdita del senso e del moto, la sospensione della circolazione, della respirazione e de' sensi, sono allora improvvisi. Nella maggior parte dei

casi però, la sincope è annunziata da uno stato di mal'essere e di ansietà; avvi vertigini e susurri nelle orecchia; la vista si oscura; le idee sono ottuse; evvi sbadigli, e qualche volta nausea e conati di vomito. Nello stesso tempo la faccia impallidisce, le labbra si scolorano, gli estremi si raffreddano; un sudore vischioso covre spesso una parte dell'abitudine del corpo; qualche volta l'urina e le materie fecali scappan via involontariamente, e piccole contrazioni convulsive agitano i muscoli della faccia; a questo grado si tratta ancora della lipotimia soltanto. Ma tosto ogni rapporto col mondo esterno cessa: il senso ed il moto sono interamente aboliti; il cuore non batte più, ed i movimenti respiratori non hanno più luogo: ecco la sincope confermata; allora si crederebbe che gl'individui han cessato di vivere. Questa morte apparente non differisce, siccome si è detto, dalla morte reale che per la continuazione di certe funzioni interne, come lo assorbimento, le secrezioni, e la nutrizione, le quali, benchè meno attive, continuano non di meno.

Questo stato è quasi sempre momentaneo; infatti dopo alcuni secondi o alcuni minuti al più, i battiti del cuore si percepiscono di nuovo; la respirazione si ristabilisce; gli occhi si aprono alla luce; le idee, vaghe dapprima, ritornano prontamente; gli ammalati sembrano uscire da un sonno profondo. La maggior parte non si lagna di alcun dolore: alcuni si sentono spezzati, malmenati, come se avessero praticato un violento esercizio, o pure sono come oppressi, ed hanno la sensazione di un peso sul petto. Il più piccolo numero trovasi in uno stato di ben essere inesprimibile: tale fu Montaigne dopo la sincope che provò in seguito di una caduta da cavallo.

La sincope, siccome lo si vede, è ordinariamente una durata efimera, e non lascia alcuna traccia dopo di essa: però, in alcuni casi eccezionali, essa si prolunga per un tempo molto più lungo: quindi è che si sono veduti ammalati non essere richiamati in vita che dopo una o molte ore, ed anche dicono, dopo molti giorni. Però crediamo, con Senac che di simili fatti non saprebbero essere accettati che con grande riserva.

La sincope terminata può riprodursi ancora una o molte volte, e ad intervalli più o meno lunghi. Abbiamo detto altrove che si ripeteva qualche volta periodicamente, e costituiva una delle forme più gravi della febbre perniciosa. In alcuni casi la sincope termina colla morte; allora questa à luogo quasi istantaneamente.

Diagnosi. — La sincope non potrebbe essere confusa colla congestione, nè colla emorragia, nè colla comozione cerebrale; perchè se in queste malattie può aver luogo come nella sincope un'abolizione completa de' movimenti e della intelligenza; la respirazione e la circolazione però non sono interrotte come in que-

sta. Or, questa differenza sola permette sempre di stabilire la diagnosi differenziale. Non succede del pari nell'asfissia, perchè, siccome verrà detto appresso, in questa malattia, la respirazione ed anche la circolazione sono sospese; le congestioni poi venose che esistono, ed il corso differente de' sintomi, stabiliscono tra i due stati morbosi una dissimiglianza marcatissima, facile ad esser valutata. Quando la sineope si prolunga, siccome si osserva in certe forme d'isterismo, non torna così facile stabilire se la morte sia reale o solamente apparente. In fatti, è ben provato che pria che la rigidità cadaverica e la putrefazione si manifestino, non esiste alcun segno certo della morte. Da ciò bisogna conchiudere che essendo chiamati presso un individuo il quale, sarà caduto bruscamente in uno stato di morte apparente, bisognerà insistere per molto tempo su i mezzi atti a richiamarlo in vita.

Pronostico. — La sineope non è affatto grave, nella maggior parte de' casi; però costituisce uno stato pericoloso quando si prolunga molto e si riproduce a brevi intervalli. *Qui crebro et fortiter absque causa manifesta liquuntur animo repente moriuntur*, à detto Ippocrate, e la esperienza de' secoli à verificato la esattezza di un tal pronostico. A cose eguali d'altronde, le sineopi che si manifestano bruscamente in seguito d'una emozione o di una causa fortuita sono infinitamente meno serie di quelle che hanno luogo nel corso di uno stato grave della economia. La sineope però in moltissimi casi è una circostanza felice che convien anche provocare. Per esempio conosciamo che manifestandosi nella donna eo' dolori di parto nel momento in cui la testa s' impegna nello stretto inferiore, risparmia alla madre crudelissimi dolori. La sineope, mettendo i muscoli in un rilasciamento completo, à spesso permesso di ridurre le ostinate lussazioni. Si conosce quanti feriti vanno debitori alla sineope della loro salute, sospendendo la circolazione, ed arrestando così lo scolo del sangue, permettendo di organizzarsi a grumi solidi al livello della soluzione di continuo. Infine è provato che la sineope la quale si manifesta in un annegato è una felice circostanza; perchè il cuore cessando di battere, e la respirazione sospendendosi, i fenomeni di asfissia non hanno luogo: quindi è possibile che la vita si prolunghi per molto tempo. Crediamo che la sineope, considerata da molti autori come una circostanza felice, e che bisogna provocare nella cura di certe flemmasie, come la pneumonia, è per lo contrario uno stato pericoloso il quale deve favorire la formazione delle concrezioni sanguigne del cuore, le quali, siccome lo abbiamo veduto, hanno molta tendenza a svilupparsi nel corso delle malattie acute di natura infiammatoria.

Etiologia. — Le cause principali della sincope agiscono sul sistema circolatorio o sull'apparecchio nervoso: quindi le piaghe e le rotture del cuore sono prontamente seguite da sincope pel disturbo che queste lesioni producono nelle contrazioni dell'organo, e molte per la compressione brusca che il sangue stravasato esercita su di esso. I versamenti bondanti del pericardio per pericardite o idro-pericardio agiscono nello stesso modo; diremo altrettanto de' versamenti nelle pleuri quando, tutto un lato del torace essendo ripieno di liquido, il cuore si trova spostato e spinto quasi al livello dell'ascella. Le affezioni organiche del cuore producono frequentemente le sincopi: queste sono rare nella ipertrofia del ventricolo sinistro, in ragione dell'aumento di energia dell'organo; ma sono comuni al contrario ne' casi di dilatamenti della cavità, quando le pareti sono assottigliate e molto indebolite, quando gli orifici ventricolari o arteriosi sono molti ristretti, o pure quando le valvole sono divenute insufficienti, o che avvi persistenza del foro di Botal, alterazioni le quali tutte hanno per effetto di poter interrompere bruscamente la circolazione. Dicasi lo stesso delle concrezioni sanguigne le quali si organizzano qualche volta rapidamente nelle cavità cardiache. Dobbiamo far parola ancora come causa attivissima di sincope della introduzione dell'aria nelle vene e dello sviluppo spontaneo di un fluido elastico nel sistema circolatorio, che oppongono un ostacolo meccanico all'azion del cuore. Due stati opposti, la pletora e l'anemia possono produrre la sincope; perchè nella prima, il cuore è qualche volta stancato dallo eccesso del sangue, dagli sforzi che è obbligato fare per spostarne la massa, mentre che, nell'anemia, non avvi sangue sufficiente per eccitare convenevolmente le contrazioni del cuore, o pure la quantità che spinge verso il cervello è insufficiente. Le emorragie sono pure una causa delle più possenti e più frequenti della sincope. A quantità eguale, le emorragie delle arterie producono la sincope più facilmente delle emorragie venose. La inazione, diminuendo ad un tempo la quantità del sangue e la energia del cuore, à lo stesso effetto. I turbamenti bruschi nella circolazione sono egualmente causa di sincopi; ciò à luogo per esempio, ne' casi in cui s'immergono le membra inferiori nelle ventose del dottor Junod. Quasi nello stesso modo si produce la sincope subito dopo la puntura di un ascite, di un cistico dell'ovaia, o l'uscita brusea del feto. A questi casi bisogna ravvicinare le sincopi che hanno luogo dietro le evacuazioni bondanti, come i sudori eccessivi, gli sbocchi biliosi, le *rotture* intestinali. Le principali cause di sincopi che agiscono specialmente sul sistema nervoso sono le emozioni morali vive, di piacere di pena, di terrore, la impressione di certi odori, di certi rumori, la vista di diversi ogget-

ti, il contatto di certi corpi, l'orgasmo venereo, un calore eccessivo, le indigestioni, le fatiche corporali, tutte le cause di sciupo dello influsso nervoso, come i dolori vivi, e specialmente quelli che hanno luogo durante il parto o nelle crisi di certe nevralgie, ec. Alcune altre nervosi, particolarmente lo isterismo, possono anche provocare le sincopi. Queste sembrano provenire in altri casi dietro un'azione simultanea pel sistema nervoso e circolatorio: tali sono le sincopi che si manifestano dopo il morso di un animale velenoso, nel corso delle febbri gravi e pestilenziali, delle affezioni cangrenose, e di alcuni avvelenamenti.

Modo con cui la sincope à luogo. — La idea di collocare la sede della sincope nel cuore è una delle più antiche e più generalmente divulgate. Gli uni credevano allora ad una paralisi dell'organo, altri supponevano che era convulso: Morgagni ammetteva che questi due stati opposti potevano del pari produrre le sincopi: ma Bichat, studiando questa quistione, à stabilito che la causa prima della sincope residua essenzialmente nella interruzione dell'azione del cuore; che le funzioni cerebrali e gli atti che ne emergono erano sospesi pel solo fatto che il sangue cessava di arrivare al cervello. In quest'ordine s'incatenano evidentemente i fenomeni quando la sincope dipende da una piaga, da una rottura del cuore, da un versamento sieroso o purulento nel pericardio, dal penetrar di un fluido elastico nelle cavità cardiache, dalla organizzazione de' grumi fibrinosi, da una malattia organica del cuore, da una bondante emorragia o da una delle altre cause che abbiamo precedentemente indicate siccome agenti specialmente e primitivamente sul sistema circolatorio. Ma val lo stesso per le altre specie di sincope? Quella che à luogo per una scossa morale, per la impressione di un odore, che un suono, la vista di un oggetto o il contatto di un corpo fanno nascere, à essa luogo nello stesso modo? Bichat lo credeva, ammettendo, contro la opinione generale, che le affezioni vive dell'anima, che le passioni non portavano la loro prima influenza sul cervello, ma si bene sul cuore. Noi crediamo per lo contrario che questi atti sono puramente e primitivamente intellettuali; ma ammettendo tutto ciò, la teoria di Bichat non rimane intatta. Infatti bisogna stabilire, che il disturbo cerebrale, il quale è primitivo e talmente impotente a se solo per dar luogo alla sincope, può turbare l'azione del cuore, sospenderla, ed in ragione di questa sospensione, di questo arresto nella circolazione, può aver luogo la sincope. Anche in questo caso la sincope parte dal cuore, ma il sistema nervoso è stato il primo a sentire la impressione della causa efficiente. La teoria di Bichat è dunque universalmente vera. Per conchiudere, diremo che la sincope risulta dal perchè il cuore cessa di mandare il san-

gue verso il cervello o perchè non ne manda una sufficiente quantità per stimolarlo; la sede della sincope è dunque nel cuore. Sarebbe un cambiar l'ordine de' fenomeni dicendo col Signor Piorry che nella sincope il cervello cessa di agire prima del cuore: sostenere del pari con questo professore che la morte nella sincope risulta dal difetto di sangue e non dal difetto di azione del cuore, non sarebbe emettere una idea novella, ma sostituire solamente la causa dallo effetto.

Cura. — Dalla teoria esposta ne siegue che per combattere la sincope, bisogna risvegliare l'azione del cuore, e favorire l'afflusso del sangue verso il cervello. Per compiere questa ultima indicazione si consiglia di collocare gli ammalati orizzontalmente, di mettere la testa sopra un piano più inclinato, ed anche alzare le braccia, siccome lo vuole Piorry, il che tende a portare meccanicamente verso il cervello il sangue arterioso che esiste ancora nella parte superiore del sistema circolatorio e rendere questo afflusso più facile quando il cuore gode ancora di qualche debole contrazione. La sola posizione basta spesso per richiamare in vita gl'individui.

Si rianimerà la circolazione sbarazzando il petto da qualunque ligame, da tutti gli abiti che possono comprimerlo; si favoriranno gli accessi di un'aria fresca nel luogo in cui lo ammalato si trova; si ecciteranno certe parti della pelle e delle mucose; così si spruzzerà con forza, specialmente attorno alle orbite, alcune gocce di acqua freddissima; oppure si farà fiutare l'aceto aromatico, l'acqua di Colonia o le sostanze fetide. Si crede che queste ultime siano efficaci specialmente ne' casi di sincope isterica. Nello stesso tempo s'introdurrà nella bocca qualche goccia di un liquido stimolante, come l'acetato di ammoniaca, vantato da Silvio Deleboé; l'olio di menta o di ruta, preferito da F. Hoffmann, o solamente il sal marino, siccome lo consiglia Horstius. Se la sincope si prolunga, si praticheranno le frizioni irritanti anche sulle tempie, sulla regione precordiale ed epigastrica. Si darà un clistere stimolante con sale ed aceto. Quando lo ammalato ha ripreso i sensi, bisogna attendere alcuni momenti prima di farlo muovere, per tema che la sincope si riproduca. Allora è che Celso, Hoffmann, Senac, consigliano di far trangugiare allo ammalato un bicchiere di acqua fredda, la quale, secondo questi autori, sarebbe un possente analeptico. Questa pratica, la cui efficacia non è per anco dimostrata, è pure adottata dal volgo.

**DEI BATTITI NERVOSI DELLE ARTERIE
E SPECIALMENTE DELL' AORTA**

Certe parti del sistema arterioso possono essere agitate da movimenti insoliti, da energiche pulsazioni, come se esistesse in questi punti un dilatamento aneurismatico.

Questa malattia indicata anche prima degli scritti di Senac e di Morgagni, ha fissato l'attenzione specialmente di alcuni autori moderni, come Albers di Bremen, Allan Burns, S. Cooper e Laënnec.

Cause. — I battiti insoliti delle arterie sono stati osservati quasi esclusivamente negl' individui nervosi, nelle donne isteriche; negl' ipocondriaci ed in quelli che soffrono gastralgie; sono stati osservati, ma anche più di rado, nelle donne durante la gravidanza. I battiti di cui è parola non sono stati osservati sin ora in modo certo che sull'aorta ventrale, specialmente al punto d'inserzione del tronco celiaco. Laënnec però pretende che questi istessi battiti possono occupare anche l'aorta polmonare però niente giustifica una simile opinione.

Sintomi, corso. — La malattia di cui trattasi è caratterizzata da battiti più o meno violenti, visibili all'occhio, ma percettibili specialmente colla mano, che dallo epigastrio si estendono all'ombelico e sino alla biforcatura dell'aorta. Applicando al loro livello l'orecchio nudo o armato di stetoscopio, non si scorge alcun rumore morboso, ma solo un impulso vivo come se un tumore aneurismatico esistesse in questo punto. Però il tatto aiutato dalla percussione fa conoscere facilmente che il calibro del vaso non ha subito alcun ingrandimento. Questi battiti, senza essere precisamente dolorosi, sono però incomodi; aumentano qualche volta momentaneamente di violenza quando lo stomaco contiene molti gas o pure quando esiste costipazione. Offrono ciò di particolare, che non corrispondono sempre, sotto il rapporto della forza e della frequenza, col ritmo della circolazione. Questo fatto, comunque straordinario esso sia, non può esser messo in dubbio, poichè è stato veduto dal Morgagni, da Albers e da molti altri. Questi battiti si sviluppano spesso bruscamente e cessano del pari; spariscono spontaneamente o dietro un salasso (Morgagni), un purgante (Albers) la eruttazione dei gas (Hodgson). Hanno una durata variabile ed affatto indeterminata; così possono cessare da un giorno o da un istante all'altro, o pure continuare per settimane, mesi ed anche anni: in quest'ultimo caso però son soggetti alle intermissioni più o meno lunghe.

Diagnosi. — Le palpitazioni di cui trattasi an menato a credere qualche volta che esisteva un aneurisma dell'aorta: Laënnec e Bayle an commesso questo errore. Però potrà evitarsi mediante il tatto e la percussione, i quali praticati metodicamente, dimostreranno che il vaso non à subito alcun aumento di volume. Bisogna successivamente impiegare questi due metodi esploratori, è confrontarli l'un per l'altro, perchè spesso accade che col tatto si crede sentire sul tragitto dell'aorta un tumore più o meno voluminoso; ciò fu osservato nell'ammalata di Bayle e Laënnec, la quale portava allo epigastrio un tumore renitente pulsativo. Però in simil caso la percussione praticata a questo livello dovrà presentare, in vece di un suono matto, un suono di timpano. Questo tumore può provare in oltre da un momento all' altro, de' cambiamenti nel suo volume; può anche scomparire completamente, perchè non è formato da un corpo solido, ma solamente da gas accumulati nel duodeno o nel colon traverso. Si distingueranno nello stesso modo le pulsazioni nervose da quelle che sono comunicate ad un tumore solido in contatto colle pareti arteriose. Aggiungiamo che in questi casi, come in quelli in cui avvi dilatamento aneurismatico, l'ascoltazione fa conoscere al livello de' battiti alcuni rumori insoliti di sollio o di raspa; oltre a che queste pulsazioni sono continue, e sempre isocrone à battiti del cuore. Avvertiamo infine dando termine, che in certi individui escarni e col ventre incavato, si veggono spesso in modo più distinto del solito i battiti dell'aorta, senza però presentare cosa alcuna d' insolito.

Pronostico. — I battiti arteriosi costituiscono piuttosto un incomodo anzichè una malattia.

Cura. — Diversi mezzi sono stati indicati contro i battiti dell'aorta. Laënnec consigliava alcuni piccoli salassi, o l'applicazione di un certo numero di sanguisughe allo epigastrio ed all' ano; a ciò univa i bagni tiepidi ed alcuni diluenti; altri, come Albers e Parry, ànno vantato i purganti. Infine gli antispasmodici, come l'etere, la canfora, il muschio, l'assaetida, sembra abbiano prodotto buoni effetti.

Delle nevrosi speciali allo stomaco

Avvi certe nevrosi speciali allo stomaco; si offrono alla nostra osservazione con certi disturbi di una o molte funzioni di quest'organo.

Così certe nevrosi sono caratterizzate dallo esaltamento dello appetito (*bulimia*), o dal pervertimento (*malacia, pica*); altre per la difficoltà delle digestioni (*dispepsia*), o da vomiti, più o meno ripetuti, di materie alimentizie (*vomiti nervosi*).

Queste nervosi, benchè di natura identica, benchè potessero coesistere nello stesso individuo, succedersi e sostituirsi alternativamente, debbono non pertanto essere trattate separatamente, e non confondersi sotto una stessa denominazione, attesochè, malgrado la loro reale affinità, si distinguono le une dalle altre per i loro sintomi, la loro fisionomia e la loro cura.

Ci siam proposti di restringere il numero delle nevrosi gastriche a quattro specie. Non parleremo dell'*anoressia*, perchè di accordo col Signor Barras, non crediamo che nello stato attuale della scienza, si potesse stabilire in modo rigoroso la esistenza di un'anoressia essenziale, indipendente da un'altra malattia, e costituente a se sola tutta la malattia. Convien sapere del pari che in poche nevrosi gastriche il desiderio degli alimenti è affatto estinto a meno che non siano accompagnate da qualche altra malattia. Non parleremo della *pirosi*, che abbiamo ligata alla gastralgia, della quale sembra infatti costituire una varietà.

DELLA BULIMIA

Sinonimia. — Fame canina, fame divorante, polifagia, li-coressia. *Bulimia* viene da *βούς* bue, e da *λῆψις* fame.

Chiamasi bulimia una fame divorante, quasi insaziabile, accompagnata da mal'essere, e sì pressante che determina i deliqui ed anche le sincopi se non vien soddisfatta.

Sintomi, corso. — La bulimia offre molti gradi, dal semplice aumento dello appetito che osservasi sì comunemente nei convalescenti, sino a quella voracità che spinge gli ammalati a mangiare 5, 6 e fino a 12 chilogrammi di pane nelle ventiquattrore, siccome ciò è stato veduto dal Signor Rostan in una epilettica della Salpêtrière.

Quando la bulmia à luogo, gli ammalati cercano di calmarla con qualunque alimento; alcuni, la cui fame è nello stesso tempo perversa, depravata, divorano gli alimenti pria di averli in alcun modo preparati, ed anche le sostanze non digeribili che non servono allo alimento; esiste, indipendentemente dalla bulimia, un'altra nevrosi che faremo tosto conoscere sotto i nomi di *pica* e *malacia*.

Se gli ammalati voglio resistere allo imperioso bisogno che li tormenta, o se non ànno di che soddisfarlo, provano un inespprimibile mal'essere, cardialgia; la vista si oscura, avvi susurri delle orecchia, lipotimie, sincopi, un'agitazione ed uno stato di delirio che può essere portato sino al furore, e che si calma tosto che lo appetito è soddisfatto.

Avvi ammalati i quali, almeno per qualche tempo, digeriscono bene la gran quantità degli alimenti che divorano e con-

servano la loro grassezza: però presto o tardi gli organi digestivi si alterano. Allora si osservano i rigurgiti o i vomiti alimentizi, misti qualche volta ad una certa quantità di sangue. Avvi pure una diarrea bondante e fetida che abbatte le forze e produce il dimagrimento. In certi individui poi, ma in piccolo numero, si è osservato, per lo contrario, una grassezza eccessiva di tutto il corpo o dello addome solamente. Gli ammalati di cui è parola sono incapaci di qualunque cosa; subito dopo il pranzo cadono in uno stato di sonnolenza e di pesantezza generale. La loro intelligenza è ottusa, e come ragionevolmente è stato detto, non vivono che per mangiare.

La bulimia ora sviluppassi bruscamente, ora à luogo progressivamente. D'ordinario è continua, ma soggetta allora ad una specie di esacerbamento; ciò era molto specchiato nello ammalato del Signor Rostan, il cui appetito era soddisfatto, nei tempi ordinari, con 4 o 4 chilogrammi $1\frac{1}{2}$ di pane, mentre che nel momento de' raddoppiamenti avea bisogno di tre volte più.

La bulimia può avere una breve durata. Tale è quella che osservasi nè convalescenti; essa finisce subito che le funzioni della economia sonq ritornate allo stato fisiologico. La bulimia che à luogo spontaneamente nello stato di salute può del pari cedere prontamente dopo una durata esimera, per non ritornar mai più; ciò è stato osservato da Leroux antico decano della Facoltà medica in persona di un suo zio. Però nulla si conosce di preciso sul corso, la durata e l'esito più costante della bulimia semplice, di quella che non è ligata ad alcuna lesione materiale degli organi digestivi, o che non coesiste con alcuna lesione organica. Per conseguenza, il suo pronostico rimane ancora non stabilito.

Cause. — La bulimia pare che abbia potuto spiegarsi qualche volta per la conformazione anormale dello stomaco, degli intestini o delle vie biliari; così l'apertura del canale coledoco nello stomaco, la mancanza della vescichetta del fiele, un canale digestivo cortissimo, sono stati rinvenuti in molti individui che avevano presentato durante la vita una fame canina. Non parlo dell'ampiezza dello stomaco che trovasi in questi esseri, per essere lo effetto piuttosto che la causa della malattia. Quasi sempre la bulimia non si liga ad alcuna condizion materiale delle vie digestive e biliari. E una nevrosi che à luogo nel corso di un'altra nevrosi, come la epilessia, la mania, lo isterismo, la gastralgia, o pure si manifesta in un individuo colpito da una malattia di altra natura. Quindi si osserva nelle clorotiche, ne'diabetici, in alcuni etici ed in quelli che soffrono i vermi intestinali. La bulimia semplice è spesso spontanea; altre volte riconosce una causa determinante, come l'azion del freddo, la introduzione nello stomaco di una sostanza stimolante, ec. Può essere uno degli accidenti della gravidanza.

Cura. — Non bisogna che gli ammalati resistono troppo alla fame, e si cercherà di eccitarla il meno possibile. Si calmerà scegliendo gli alimenti nutritivi, e che possono rimaner nello stomaco per qualche tempo; tali sono le carni di bue, di montone ed anche di porco. Il ghiaccio e specialmente le preparazioni oppiate hanno prodotto qualche volta buoni risultati.

Alla bulimia poi ligata ad altre malattie bisogna opporre alcuni mezzi speciali; quindi gli antelmintici saranno prescritti quando esistono vermi intestinali; se la bulimia è ligata alla clorosi, si amministreranno i ferruginosi ec.

DELLA DEPRAVAZIONE DELLO APPETITO, O DELLA MALACIA E DELLA PICA

Avvi una nevrosi dello stomaco consistente in una depravazione del gusto, tale che gli ammalati desiderano e mangiono, o sostanze inusitate come alimento, ma che contengono però principi nutritivi, o pure oggetti che non contengono niente di assimilabile. Nel primo caso dicesi che avvi *malacia*, nel secondo prende il nome di *pica*.

Gli esempi di un tale pervertimento non sono rarissimi nella pratica, e la lista degli oggetti trangugiati con delizia dagli ammalati è variatissima. Avvi pochi medici che non abbiano veduto fanciulli e ragazzette clorotiche mangiare il carbone, il gesso, le ceneri, la terra, il pepe, il sale, dalla dose di alcune gramme sino ad un chilogrammo nel corso del giorno, siccome lo attesta un fatto rapportato da Zac. Lusitano. Più di rado si vede lo appetito pervertito portarsi sugli oggetti disgustanti, immondi, come la carne umana, i peli, i pidocchi, le formiche, i gragni, i topi, le materie fecali, il letame, le croste strappate dal vainolo, ec., ec., perchè non finirebbe mai il numero di tutti i desideri bizzarri, di tutti i desideri dei quali sono stati osservati gli esempi. Torna quasi inutile dire che i gusti depravati possono portarsi anche su i liquidi come su i solidi. Quindi sono stati veduti, fanciulli e donne clorotiche bere con delizia l'aceto, lo inchiostro, l'urina, il sangue. G. Frank à proposto d'indicare questa depravazione col nome di *disdipsia*.

La quantità di sostanze trangugiate dagli ammalati può, siccome lo abbiamo veduto, essere considerabile, e malgrado ciò, molti individui non ne sono incomodati. Però in un gran numero hanno luogo i vomiti e la diarrea. In generale gli ammalati benchè desiderano vivamente certi oggetti, non provano alcun accidente quando i loro desideri non sono soddisfatti; altri per lo contrario, in simil caso, sono presi da ansietà, da mal essere estremo e da lipotimia.

La malacia colpisce specialmente i fanciulli delicati, le ragazze clorotiche e le donne incinte. Ne' primi e nelle clorotiche persiste spesso per anni interi; nelle donne gravide, si osserva solamente ne'tre o quattro primi mesi della gestazione, ma può anche durare sino al momento del parto. La malacia e la pica esistono il più delle volte sole. Qualche volta coesistono con altre nevrosi dello stomaco, specialmente colla gastralgia e la bulimia, o pure colle nevrosi di altri organi, specialmente coll'isterismo e colla mania. La malacia e la pica non hanno alcuna gravità: solo debbo fare osservare che il desiderio violento delle sostanze insolite in un ammalato colpito da un'affezione acuta è di tristissimo augurio.

Cura. — Bisogna opporsi il più che si potrà perchè gli ammalati non trangugiassero sostanze estranee all'alimentazione. Ne' fanciulli un'attenta sorveglianza, ed al bisogno le correzioni corporali, bastano per metter termine a' loro desideri depravati. Hanno pur trionfato qualche volta mischiando all'oggetto che anno qualche sostanza che loro ripugna come l'assafoetida. Torna più difficile trionfare de' desideri bizzarri che anno le donne gravide. I consigli che loro si danno in generale sono poco seguiti. Bisogna dunque distrarle, si varia il loro nutrimento cercando di procurar loro qualche gusto con un alimento convenevole, iulue bisogna aver pazienza, usare qualche indulgenza, e non opporsi ostinatamente se non quando la introduzione delle sostanze tanto desiderate potrebbe nuocere alla salute. Nelle clorotiche, il perversimento dello appetito cessa quando, coll'amministrazione de' ferruginosi, si ridona al sangue la sua quantità normale di globuli.

DELLA DISPEPSIA

La dispepsia è una nevrosi dello stomaco caratterizzata dalla lentezza e dalla difficoltà delle digestioni.

Sintomi, corso. — Gli ammalati colpiti da dispepsia in fatti si lagnano di lenta e penosa digestione. Gli alimenti dimorano lungo tempo nello stomaco; vi determinano peso, diversi sensi di mal'essere, e qualche volta un vero dolore. Allora vi sono ordinariamente sbadigli, rutti frequenti, spesso rigurgiti acidi, nausea, borborigni, ed un certo grado di gonfiamento del ventre con uscita di gas dall'ano. Alcuni ammalati si lagnano inoltre di peso alla testa, cefalalgia, spezzamento. Alcune volte questo stato si complica a dolori vivi dello stomaco ed a cardialgia: altre volte i gas sono esalati in grande abbondanza nello stomaco, il che produce un senso di tensione penosa, d'incomodo allo epigastrio ed alcune palpitazioni. In certi ammalati,

si osservano vomiti quasi sempre alimentizi. Esaminando le materie vomitate, si trova spesso che gli alimenti non an subito un'alterazione proporzionale al tempo che hanno dimorato nello stomaco. Questi casi si rapportano alla dispepsia che gli autori chiamano *astenica* e nella quale sembra che lo stomaco indebolito non compia che debolmente il lavoro della chimificazione. Quasi tutti gli ammalati sono costipati; però alcuni hanno alternative di diarrea e di costipazione. Molti tra essi conservano lo appetito; questo è qualche volta più vivo del solito: però quasi sempre avvi più o meno inappetenza. In generale la dispepsia si associa a diversi disturbi simpatici di alcuni altri organi: così molti hanno cefalalgia o un semplice peso alla testa; spesso si addormentano subito dopo aver mangiato, o pure sono pesanti, stanchi ed incapaci di darsi ad alcun lavoro intellettuale.

La dispepsia può essere continua; ordinariamente però offre delle intermittenze: così quest'individui si lagnano di aver uno stomaco bizzarro, capriccioso, che digerisce ora bene, ora male gli stessi alimenti, e ciò a pochi giorni di distanza. Torna quasi sempre impossibile poter spiegare queste variazioni; bisogna pure osservare che non sempre gli alimenti più pesanti, più indigesti, sono più difficilmente digeriti.

Una dispepsia moderata non accompagnata ad alcun incomodo non impedisce gl'individui di darsi alle loro occupazioni. ed è compatibile sino ad un certo punto con uno stato di mediocre salute: si dice allora che queste persone hanno uno stomaco delicato; ma quando la dispepsia è intensa e continua, presto o tardi dà luogo alla cardialgia, e nel caso in cui rimane indolente, agisce in modo pericoloso sul cervello, e favorisce lo sviluppo della ipocondria.

Diagnosi. — Non riesce sempre a primo colpo poter determinare se una dispepsia sia essenziale o sintomatica di un'alterazione materiale dello stomaco, specialmente di un'affezione carcinomatosa. Però lo sviluppo brusco della malattia, le variazioni, quasi sempre inesplicabili, le quali fanno sì che lo stesso alimento sia ora digerito bene, ora male, il difetto di rapporto tra la dispepsia ed il grado di digestione delle sostanze trangugiate, porteranno a credere che esiste soltanto una nevrosi. Aggiungiamo che la dispepsia essenziale è quasi compatibile colla salute; che se non è intensissima, non diminuisce sensibilmente nè la grassezza nè le forze; conosciamo che ciò non si osserva nel cancro, il quale sin dal suo sviluppo, esercita una pericolosa influenza sulla costituzione. La dispepsia, legata ad un ammollimento dello stomaco, si accompagna a dolori vivi e pungenti allo epigastrio, a vomiti biliosi, verdastri, di un odore acidissimo del fiato; oltre a chè, quasi sempre avvi anoressia completa. Il continuar delle sofferenze, il dolore epigastrico sot-

to la pressione, il rapporto che esiste tra il grado della dispepsia e la maggiore o minor digeribilità degli alimenti, la frequenza de' vomiti, lo stato febbrile ed il depauperamento ne' casi in cui si continua lo alimentazione, dovranno fare ammettere che la dispepsia è lo effetto di una gastrite cronica.

Cura. — Rimandiamo al articolo *Gastralgia* per la cura da opporsi alla dispepsia che si accompagna a cardialgia. In tutti i casi bisognerà e prima di tutto, allontanare le cause sotto la influenza delle quali la dispepsia pare essersi sviluppata. Così gli uni non digeriscono più, perchè da una vita attiva son passati alla inazione, al riposo; altri perchè mangiano troppo, o perchè fanno de' pranzi troppo ravvicinati, o pure la masticazione e la insalivazione degli alimenti sono state incomplete; infine, nella maggior parte, lo stomaco funziona male, perchè sembra più debole, perchè il suo tessuto sembra colpito da atonia. In questi casi, oltre a' mezzi igienici, si consiglierà l'uso de' tonici: così si prescriveranno le infusioni amare, specialmente quella della piccola centaura, da prendersi la mattina a digiuno: si darà poco tempo prima del pranzo una piccola quantità di estratto di quassia o di china, o pure della ghianda torrefatta di quercia o il vino di chinachina. Durante il pranzo, gli ammalati faranno uso del vino generoso, spezzato coll'acqua ferrata. Però si avrà cura perchè bevessero poco, atteso che una grande quantità di liquido aumenta quasi sempre i patemi dello stomaco. Osserviamo ancora qui, ciò che abbiamo detto molte volte, e ciò che non bisogna mai dimenticare nella cura delle nevrosi dello stomaco, cioè: che non bisogna mai agir bruscamente, e passar di botto da un medicamento dolce ad un regime tonico, ma bisogna procedere con misura e prudenza. Come mezzo coadiuvante, si prescriveranno i bagni freddi e di mare: si praticheranno sullo stomaco i fomenti tonici con una decozione di china e scorza di quercia.

DE' VOMITI NERVOSI

Avvi una specie di nervosi dello stomaco caratterizzata specialmente da vomiti più o meno spesso ripetuti. Questi vomiti dipendono unicamente da una modifica avvenuta nella innervazione dello stomaco, e differiscono essenzialmente da quelli che dipendono da una lesione materiale del viscere, e da quelli che molto più comuni de' precedenti, sono simpatici del patema dell'organo, come il cervello, il peritoneo, l'utero, i reni, ec.

Sintomi, corso. — I vomiti nervosi non si presentano sempre colla stessa fisionomia; qualche volta anno luogo di botto senza prodromi e quasi senza sforzi; altre volte sono preceduti

dal mal' essere, da amarezza della bocca, da eardialgia, nausea e si accompagnano a sforzi più o meno penosi. Possono aver luogo a digiuno, ed allora gli ammalati gittano mucosità filamentoze o una bile giallastra. Altri hanno luogo più o meno dopo il pranzo, e si compongono quasi sempre di materie alimentizie più o meno alterate. Esaminandoli si conosce che lo stomaco si è sbarazzato il più delle volte di diverse sostanze indistintamente prese durante il pranzo. Qualche volta però è evidente la scelta; e cosa degna di attenzione che sono spesso gli alimenti più leggieri quelli vomitati, mentre che i più pesanti, i più indigesti sono stati conservati e digeriti. Questi vomiti alimentizi si operano quasi sempre con un poco di sforzo; si accompagnano a poco mal' essere, e sono seguiti da un gran sollievo. Accade spessissimo che gl' individui, provando subito dopo una sensazione di fame, possono fare un novello pranzo; che digeriscono ordinariamente meno male del primo.

I vomiti nervosi possono prodursi a lunghi intervalli; o dopo ciascun pranzo. In quest' ultimo caso, è raro che gli ammalati emettano tutti gli alimenti che hanno presi, quasi sempre ne conservano una certa quantità. Ecco perchè essi possono, malgrado il disturbo del loro stomaco, conservare per lungo tempo le loro forze e quasi la loro grassezza. Diverse circostanze possono impedire che i vomiti abbiano luogo: così alcuni ammalati li prevengono, gli uni camminando, gli altri, per lo contrario, stando a riposo, e rimanendo nel loro letto in uno stato d'immobilità perfetta per lo spazio di molte ore; infine si evitano casi in cui gli alimenti non erano ritenuti se non quando gli ammalati pranzavano in un bagno, ove dimoravano sino a completare la digestione.

I vomiti nervosi hanno una variabile durata: alcuni durano pochi giorni soltanto, altri per mesi ed anni con intermissioni più o meno lunghe. Non è raro vedere la malattia cessar bruscamente col solo cambiamento di regime o per una causa qualunque. Siccome tutte le nervosi, il vomito nervoso va soggetto alle recidive; pochi esempi però mostrano che abbia avuto un esito funesto: si concepisce non pertanto che, quando gli alimenti sono vomitati interamente poco dopo il pranzo, la vita sia in gran pericolo. In fatti la morte à luogo molte volte in certi casi in cui i vomiti erano simpatiei della gravidanza. La *Gazette médicale* di Strasburgo dell' anno 1847 rapporta un caso di questo genere osservato alla clinica del Signor Forget. Molte volte la vita delle donne è stata salvata perchè un aborto avendo luogo opportunamente à tolta la causa della malattia.

Diagnosi. — Convien distinguere i vomiti nervosi da quelli che sono puramente simpatiei e da quelli che si ligano ad una lesione organica o ad un' ernia dello stomaco. Esplorando accu-

ratamente tutti gli organi ed interrogandone tutte le funzioni si giungerà a determinare se i disturbi dello stomaco siano idiopatici o simpatici. L'attenzione del medico si porterà specialmente sul cervello, sulle vie biliari, sugli organi della secrezione ed escrezione urinarie; non dimenticherà nè il peritoneo nè le aperture dell'addome per dove un'ansa intestinale può scappar via fuori. Infine nelle donne, bisogna interrogare le funzioni uterine, perchè i vomiti i quali sembrano dipendere da una semplice nevrosi dello stomaco si ligano spesso in esse ad una gravidanza incipiente e troppo spesso dissimulata. Non bisogna ignorare che, in molti casi, anno considerato come nervosi vomiti ostinati dipendenti da un'ernia dello stomaco a traverso una fenditura della linea bianca: dunque, in simil caso, bisognerà sempre esplorare con cura le regioni epigastrieche ed ombelicale, e ricercare se esiste in questi punti un piccolo tumore più o meno doloroso e ridicibile; perchè facendolo rientrare nel ventre e mantenendolo con una fasciatura adattata, abbiamo fatto cessare molte volte, come per incanto, vomiti ostinati ed uno stato di sofferenza considerato come nervoso da molti, e contro il quale avevano vanamente impiegato gli antispasmodici, i tonici, il ghiaccio, gli antispasmodici, i narcotici ed i rivellenti. I vomiti nervosi, per la loro persistenza, fan temere qualche volta la esistenza di una lesione organica del piloro. La diagnosi, bisogna confessarlo, è qualche volta oscurissima allo sviluppo; ma quando la malattia conta già un'epoca lontana, si osserverà, nel caso di canero, un dimagrimento ed una diminuzione di forze che non sono in rapporto con i disturbi degli organi digestivi. In oltre nel canero, le digestioni non cessano di essere disturbate; esse sono difficilissime, avvi anoressia, mentre che ne' vomiti semplicemente nervosi, abbiain veduto gli ammalati, digerire spesso benissimo, e conservare tanto meglio i loro alimenti, in quanto erano più indigesti. In fine i vomiti brunastri, poi affatto neri, e la presenza di un tumore allo epigastrio non permetteranno alcun dubbio sulla presenza di un carcinoma dello stomaco.

Cura. — In questa nevrosi bisogna regolarsi secondo gli stessi principi della gastralgia. Così quando i vomiti sembrano dipendere da una sopraeccitabilità dello stomaco, quanto specialmente si accompagna a cardialgia, bisogna ricorrere a' narcotici, ed in particolare all'oppio, alle applicazioni calmanti sullo epigastrio, ai bagni tiepidi; il petto nitrato di bismuto potrà amministrarsi in queste stesse circostanze. Se tali mezzi falliscono, si preserveranno le bevande dolci, ghiacciate; lo ammalato dovrà pure trangugiare di tratto in tratto piccoli pezzi di neve o lasciarli sciogliere nella bocca. Se questo mezzo riesce, si continuerà per qualche tempo: gli ammalati saranno in oltre nutriti con alimenti affatto freddi.

Se i vomiti sembrano piuttosto ligati ad uno stato di atonia dello stomaco, converrà tentare i ferruginosi, le bevande amare, le preparazioni di chinachina, di quassio, di colombo. Il Signor Debreyne, medico trappista, à vantato specialmente quest'ultimo rimedio ch'egli dà in polvere alle dose di due gramme al giorno in due o tre volte, nel vino o nell'acqua, un'ora prima del pranzo: la magnesia (1 a 2 gramme), sola o unita al rhabarbaro, sarà utile ancora in simile caso, o pure si darà l'acqua di Vichy pura o spezzata con una infusione amara. Le acque gassose, e specialmente quella di Seltz o la pozione di Riverio sono pure utili. Ne' casi ostinati, si coprirà lo epigastrio con un vescicante, e se il male resiste, si ricorrerà al setone o alla moxa.

Illo passato sotto silenzio gli antispasmodici, perchè meno efficaci de' mezzi precedenti: però dobbiamo dire che in alcuni casi, buoni risultati sono stati ottenuti dell'uso dell'assafetida in pillole o lo estratto di valeriana alla dose di 40 a 60 centigramme al giorno. Sono agenti che non bisogna trascurare in una malattia, la quale, è ostinata frequentemente a tutti i mezzi. Nei casi in cui tutto vien meno, qualche volta il solo cambiamento nel modo di alimentare gli ammalati, sostituendo per esempio gli alimenti dolci, rilascianti, da sostanze quasi indigeste, è stato sufficiente per troncare allo istante l'abitudine morbosa. Finalmente quando i vomiti sono simpatici della gravidanza, e quando tutto è stato vanamente impiegato, e l'ammalata si depauperava e sembra esposta ad una inevitabile morte, non bisogna, in simil caso tentare anche lo aborto per salvare la vita della donna? Lo crediamo fermamente, e non esisteremo ad agire in tal modo in simile circostanza, dopo aver consultato però colleghi illuminati per determinare che nel fatto l'uscita del feto è la sola speranza di salute che rimane.

Delle nevrosi speciali agli organi genitali

DELLO ISTERISMO

Sinonimia. — Passione isterica, soffogazione uterina, strangolamento, epilessia uterina, vapori, mal de' nervi.

Lo isterismo è una malattia esclusiva al sesso femminile, apiretica, che ritorna ad accessi caratterizzati, gli uni dalla sensazione di un pomo il quale, da un punto del ventre, risale alta gola, e mi produce un senso di costringimento o di strozzamento, gli altri da convulsioni generali, violenti o irregolari, accompagnata da una perdita più o meno completa della conoscenza.

Storia. — Lo isterismo è una delle malattie più anticamente descritte. Indicata in molti libri d'Ippocrate, non solo à fissato l'attenzione de' medici, ma anche degli antichi filosofi, i quali ànno emesso nella sua causa idee ridicole, che Galeno à combattute per la maggior parte. Oltre a chè, quasi sino à giorni nostri, la storia dello isterismo altro non à presentato che oscurità, perchè non solo è stata confusa colle altre nervosi, specialmente colla ipocondria, siccome lo fece Sydenham, ma ancora ànno attribuito, come lo osserva Willis, tutto ciò che le altre affezioni presentano di vizioso, d'inusitato, di strano; così che leggendo la maggior parte delle descrizioni anteriori a quella di F. Hoffmann, si trova, riguardo allo isterismo, un insieme informe di sintomi disparati appartenenti a malattie distintissime. Gli autori i quali, dopo Hoffmann, ànno dato dello isterismo le idee più giuste, e che ànno illuminato diversi punti della sua istoria, sono: R. Whytt, Tissot, Astruc; Lonyer-Villermay, Georget, il Signor Dubois (d'Amiens) nell'opera che abbiamo precedentemente citata con elogi. Infine due medici distinti de' dipartimenti i signori Brachet e Landouzy, ànno pubblicato sopra lo isterismo due monografie che l'Accademia di medicina à giustamente coronate.

Anatomia patologica. — Lo sparo de' cadaveri non à mostrato sin ora alcuna lesione che potesse rannodarsi allo isterismo. Però non possi dire che nelle isteriche non si osservano frequentemente delle diversissime lesioni materiali, specialmente negli organi generatori; si possono leggere numerosi esempi nel lavoro del Signor Landouzy. Ma queste alterazioni materiali che possono rappresentare la parte di cause eccitanti non sono la ragione anatomica della malattia. Infatti questa nasce ed esiste quasi sempre senza che altro vi abbia meno che un disturbo o un perversimento nervoso degli organi uterini.

Sintomi, corso. — Lo attacco isterico à uno sviluppo brusco solo ne' casi rari in cui à luogo in seguito di una scossa violenta, come lo spavento o una qualunque viva emozione. Quasi sempre avvi prodromi; quindi uno o molti giorni, o pure una o molte ore prima dello accesso, le donne sono tristi, preoccupate, o pure irritabili; ànno mal'essere, vertigini, peso alla testa, disturbi della vista, susurri nelle orecchia, sudori istantanei, palpitazioni; altre piangono senza motivo; si struggono in lagrime, dice Astruc senza alcun oggetto di essere tristi; alcune ridono irresistibilmente ed in modo convulsivo. Infine ad un epoca più vicina allo accesso, le donne soffrono stringimenti al petto, sbadigli, gonfiamento del ventre, prodotto dallo sviluppo de' gas nello stomaco e negli intestini, che producono rutti. Malgrado questi accidenti, lo accesso non à luogo qualche volta,

si abortisce: tutto si limita allora a' disturbi che abbiamo enumerati; però quasi sempre, la malattia continuando il suo corso, l'attacco è luogo. Questo, siccome vedremo, non si presenta sempre colla stessa fisionomia, nè collo stesso apparato sintomatico.

Nella forma più violenta della malattia, le ammalate cadono spesso mandando gridi acuti; le loro membra sono agitate da movimenti irregolari, di stendimento, di flessione di adduzione, di abduzione; il tronco è portato in tutti i sensi; le donne spesso si siedono per ricader tosto, per dimenarsi e far eseguire al loro corpo movimenti di una incredibile velocità, e di una tale energia che spesso molti uomini vigorosi non possono dominare. In mezzo a questa eccessiva agitazione, gli occhi sono ordinariamente chiusi, e le palpebre soffrono una specie di fremito continuo: il collo si gonfia; la faccia è qualche volta pallida, il più delle volte voluttuosa; ma non presenta mai il colorito violaceo nè lo storcimento, in una parola lo aspetto spaventevole che hanno gli epilettici. La respirazione è accelerata, rumorosa ansante; pare che le ammalate soffrano una sensazione di stringimento alla gola, di pressione allo epigastrico ed al petto (è questo il *pomo isterico*) così si veggono portare le loro mani su queste parti, in atto di allontanare la causa dei loro mali; avviene di quelle, le quali in una specie di rabbia, si strappano, si percuotono a colpi raddoppiati, e lacerano i loro abiti. Il polso offre una frequenza proporzionata all'agitazione generale; le ammalate cessano di essere in rapporto col mondo esterno. In questi casi, diversi fenomeni degli organi genitali sono stati indicati, i quali comunque incostanti e poco ordinari, non pertanto esistono qualche volta e caratterizzano la forma d'isterismo che gli antichi nosologici chiamavano *libidinosa*. Questi fenomeni sono certi movimenti di proiezione del bacino in avanti, ed un eccitamento grandissimo degli organi sessuali, siccome vien provato dallo insolito sviluppo della clitoride ed il restringimento della vulva: infine, al declinar dello accesso, una segrezione più o meno bondante di fluido, che bagna ad un tratto la vulva simile a quello che è luogo nello spasmo venereo. Invece di quest'agitazione, di questi movimenti disordinati, avvi alcune donne che cadono prive di conoscenza di senso e di moto, in uno stato di sincope completo, che può durare lungo tempo. Così Raulin à veduto la perdita della conoscenza durare quasi un giorno, e Pomme molti giorni di seguito. Si dice che Vésale portò lo scalpello sopra il corpo di una donna in una letargia isterica, errore deplorabile che questo grande anatomico espìò sì crudelmente.

Avvi una forma d'isterismo più frequente delle precedenti, caratterizzata specialmente dalla sensazione di un corpo rotondo

di una mole, che partendo da un punto del ventre, specialmente dallo ipogastrio, risalirebbe allo epigastrio, dove produrrebbe la soffogazione, poi arrivando al collo, vi stabilirebbe un senso di penoso stringimento; ciò è quello che abbiamo chiamato, *mole*, o *pomo isterico*. Torna difficile poter dare di questo fenomeno singolare una soddisfacente spiegazione. Georget vi vedeva una convulsione successiva de' muscoli addominali, del diaframma, de' muscoli del torace e della gola: altri l'attribuivano ed una modifica particolare del nervo trisplanchnico. Checchè ne sia, indipendentemente dalla mole isterica, il ventre si vede spesso meteorizzato, e prendere a vista di occhio un considerevole sviluppo, poi le ammalate mandano dalla bocca una grande quantità di gas privi di odore. In questi casi, osservando lo ipogastrio, si vede spesso a traverso le pareti certi tumori, evidentemente formati dallo intestino agitato da veri movimenti convulsivi. La respirazione è alta e qualche volta di una estrema frequenza; così è facile poter contare sino a 50 e 60 respirazioni al minuto. Spesso vi sono palpitazioni, vertigini; le ammalate possono perdere momentaneamente la conoscenza; il più delle volte però sono in rapporto più o meno col mondo esteriore; alcune, benchè sembrino estranee a tutto ciò che le circonda, non hanno però che una insensibilità apparente; tutti i loro sensi sono aperti, e ritornate da' loro attacchi raecontano fedelmente tutto ciò che hanno inteso; quindi bisogna essere prudenti, e non dir mai cosa alcuna che potesse offenderle, contrariarle, quando anche si fosse certo di non essere inteso da esse.

Lo accesso isterico, qualunque sia la forma, si calma a poco a poco; le convulsioni cloniche cessano le prime, il senso di costringimento diminuisce; ma le ammalate non riprendono sempre la loro intelligenza e la parola. Alla fine dello accesso, qualche volta avvi pianto e singhiozzi interrotti da' sbocchi di riso. Alcune donne si lagnano di una estrema stanchezza; hanno brividi, e molte prese dal desiderio di urinare, mandano una grande quantità di un liquido perfettamente limpido e trasparente.

Tutto ciò non è spesso che una remittenza; infatti accade spesso che dopo cinque o sei minuti gli stessi accidenti si rinnovano, si riproducono così un maggiore o minor numero di volte. Siccome già è stato osservato, un attacco isterico, per poco che sia forte, si compone di una serie di piccoli attacchi, il cui numero varia da 2 o 3 sino a 50 o 60. Georget à veduto gli attacchi durare una volta otto giorni, ed un'altra volta cinque, con intervalli di quaranta a cinquanta minuti. Quando i movimenti di tregua sono lunghi le ammalate riprendono in generale la conoscenza, possono parlare, ma rimangono in-

quicte, irritate, tormentate; sono di una suscettibilità estrema nel fisico come nel morale; hanno una grande tendenza alle carezze, agli abbracciamenti. Alcune si lagnano di un dolore vivo, lancinante, trafittivo, circoscritto in un punto poco esteso della testa o di una parte qualunque del corpo; ciò è fatto dare a questo accidente il nome di *chiodo isterico*. Questo stato di mal'essere e d'inquietitudini fa dire alle ammalate che il loro attacco non è terminato, di rado s'ingannano. Ordinariamente quando lo accesso si risolve definitivamente si osservano i pianti e gli sbocchi di riso affatto irrestibili, come anche una secrezione bondante d'urina o di muco vaginale, fenomeni che abbiamo già menzionati, e che non osservansi nelle semplici remittenze.

Terminato completamente lo attacco, le ammalate riprendono la parola; ma sono stanche, spossate. Alcune hanno allora perduto l'uso di uno o molti sensi: così avviene di quelle che sono amaurotiche o sorde, altre hanno certe parti de' legumenti affatto insensibili; alcune sono afoniche, paralizzate nella vescica, o in uno o molti membri. Avviene di quelle che hanno movimenti coreici o sono affette di contratture de' muscoli delle membra o della mascella. Questi accidenti possono avere una durata efimera soltanto; durano spesso molti giorni, molte settimane o molti mesi, si dissipano ora spontaneamente, altre volte in seguito di un novello attacco solamente; nell'uno e nell'altro caso però, cessano rapidamente, qualche volta istantaneamente e non gradualmente, come le paralisi e le contratture che sono sintomatiche di una lesione materiale de' centri nervosi.

Se lo attacco è stato poco forte, le ammalate ritornano al loro stato ordinario di salute dopo alcune ore; ma per gli accessi violenti è necessario una convalescenza di molti giorni. Durante questo tempo, le donne sono inquiete, stordite; hanno inappetenza o appetiti bizzarri, timpanite, veglia o sonno agitato; in fine in alcune si può osservare uno stato di sonnambulismo.

Il Signor Geudrin ha detto che la insensibilità che ciascuno ha osservato in un certo numero d'isteriche era un fenomeno esistente a diversi gradi in tutti i casi d'isterismo, dallo sviluppo della malattia sino al suo esito. Quest'anesthenica, secondo questo medico, è ora limitata ad alcune regioni della pelle, ora occupa tutta la superficie tegumentaria esterna, come anche le membrane mucose accessibili a' nostri mezzi d'investigazione, come la congiuntiva, la pituitaria, la mucosa bocca-faringea, quella del retto, del canale dell'uretra, della vescica, della vagina. Quest'assertiva del Signor Geudrin sulla costanza di una sensibilità in una parte del corpo più o meno estesa, non è peranco un fatto ben dimostrato ed accettato da medici. E pur vero che tutte le isteriche abbiano alcuni punti dolorosi, special-

mente la colonna, le regioni dorsale e lombare, il petto, l'addome, le mammelle; ec. È questo un soggetto di studi a continuarsi. Bisogna però prevenire il lettore, che, in una malattia così bizzarra come l'isterismo e con donne sempre pronte ad esagerare e troppo spesso a mentire, bisogna essere riserbato, diffidente; e registrare i fatti solo quando sono perfettamente autentici.

Gli attacchi ritornano più o meno frequentemente. Se sono separati da lunghi intervalli, la salute si ristabilisce completamente, salvo però che queste persone sono più impressionabili; molte sono incapaci di dedicarsi ad alcuna seria occupazione; sono melancoliche, veggono l'avvenire oscuro; altre sono di un allegrezza pazza, passano dall'allegria alla tristezza; sono soggette a diversi accidenti nervosi, come micrania, palpitazioni, dolori gastralgici, o diverse altre nevralgie, ec. Le regole sono spesso difficili, irregolari; avvi qualche volta leucorrea. Pur tuttavia queste donne sono suscettibili di essere fecondate del pari di quelle che non sono isteriche, e la gravidanza in esse è comunemente un corso così regolare quanto in queste ultime.

Quando gli attacchi d'isterismo si ripetono frequentemente, cioè una o molte volte la settimana, le donne rimangono in uno stato di abituale sofferenza: esse non dormono più, anno la testa pesante, provano in diverse parti del corpo dolori variabili per la loro intensità, che spesso danno a credere alla esistenza di qualche malattia più o meno seria. Provano vertigini, susurri nelle orecchie; la loro vista si oscura per alcuni momenti, la loro memoria è meno sicura, e qualche volta anno assenze. Spesso le loro digestioni si esieguono malamente, e per conseguenza la nutrizione si altera; alcune anno lo appetito depravato (vedi *Pica*, *Malacia*). In seguito di questi accidenti molte di queste donne sono prese da un delirio maniaco, mentre altre cadono in una specie di stupidagine.

Non avvi niente di regolare sul ritorno degli attacchi d'isterismo; gli accessi sono spesso spontanei; qualche volta si rinnovano sotto la influenza delle stesse cause che li anno primitivamente sviluppati. Le ammalate soffrono specialmente durante gli estremi di temperatura e ne' tempi burascosi. I dispiaceri, le emozioni vive, il periodo mestruo, sono altrettante circostanze che possono favorire il ritorno degli accidenti, mentre che la gravidanza, come anche la maggior parte delle malattie acute e croniche intercorrenti, spesso li sospende.

Durata, esiti. — La durata dello isterismo è variabilissimo: avvi delle donne le quali anno provato solamente alcuni accessi, mentre che altre vi son soggette per tutto il tempo della loro vita; spesso la malattia si sospende per moltissimi anni. Può guarire colla cessazione della causa produttrice o in seguito di

ona scossa morale, e co' progressi della età; in fatti passati i quarant'anni o i cinquanta, gli attacchi sono rarissimi. Si dubita che lo isterismo semplice abbia mai prodotto la morte; però si citano casi in cui un esito funesto avrebbe avuto luogo per la congestione cerebrale o l'ostacolo della respirazione. Questa malattia lascia spesso come conseguenza i ticchi, le contratture, le paralisi parziali; predispone alla ipocondria, alla melancolia, ma raramente alla demenza, frequentissima nella epilessia. Sir Brodie à detto nel suo *Traité des maladies articulaires*, e più recentemente (1836) nella *Gazette médicale de Londres*, che lo isterismo determinava spesso certi dolori nelle giunture, specialmente nell'articolazione dell'anca; crediamo però che niente sia per anco ben dimostrato a questo riguardo.

Complicazioni. — Frequentemente l'isterismo e la epilessia coesistono nella stessa persona; allora si vede ora ciascuna di queste malattie svilupparsi isolatamente con i suoi caratteri propri; ora, ed è il caso più ordinario, non avvi che un solo attacco nel quale si trovano ad un tempo i sintomi propri allo isterismo ed alla epilessia: ciò però a luogo solamente dopo un tempo più o meno lungo nelle donne spossate o in seguito di malattie morali tristi.

Diagnosi. — La epilessia e la ipocondria sono quasi le sole malattie che potrebbero confondersi collo isterismo. La epilessia però colpisce l'uno e l'altro sesso; si distingue in oltre dallo isterismo pel suo sviluppo brusco quasi sempre, per le sue convulsioni ondiate, poco estese, più distinte ad un lato del corpo; per lo aspetto spaventevole della faccia, ch'è violacea, contornata; per la schiuma che bagna le labbra, per lo incomodo eccessivo della respirazione; per le evacuazioni affatto involontarie di urina e di materie fecali; per lo stertore ed il collasso nel quale cade lo ammalato dopo il periodo convulsivo; per lo stato di stupidagine e qualche volta di mania, di delirio furioso che à luogo dopo gli accessi; in fine per la influenza pericolosa che gli attacchi esercitano sulle facoltà intellettuali. Nello isterismo, al contrario i movimenti convulsivi sono affatto clonici, disordinati ed egualmente specchiati a destra ed a sinistra; la faccia comunque congestionata, non è mai livida, violacea, come nella epilessia; si osservano appena alcune scosse muscolari, ma mai quelle convulsioni orribili che sfigurano gli epilettici. Checchè ne abbiano detto, negl'isterismi semplici non si vede schiuma dalla bocca; la sensibilità non è mai così completamente estinta; non avvi nè stertore che termina lo accesso epilettico, nè quella specie di stupidagine che viene in seguito; le ammalate riprendono prontamente la conoscenza; lungi dall'essere abbattute, quasi tutte sono anzi eccitate. In fatti ricordiamoci, che solamente nello isterismo si osservano quei pianti

o quei gridi smodati, quella tendenza agli amplessi, alle dolei espansioni. Aggiungiamo finalmente che solamente nelle isteriche si osserva quel gonfiamento del ventre, quello sviluppo di gas, quelle paralisi parziali, quelle anestesi e quelle contratture delle quali abbiamo prima parlato. La vertigine epilettica non potrebbe essere confusa colla forma non convulsiva dalla epilessia; perchè in questa avvi raramente perdita della conoscenza; il cervello sembra anche estraneo allo attacco, caratterizzato specialmente da un senso di strangolamento, dalla sensazione della mole isterica, dallo sviluppo di gas nel tubo digestivo. Aggiungiamo in ultimo che lo attacco è molto più lungo. Bisogna però convenire che in alcuni casi la diagnosi offre qualche incertezza perchè la malattia sembra partecipare ad un tempo dello isterismo e della epilessia. In fatti à, della prima le convulsioni cloniche, la mole isterica, e prende della seconda la schiuma alla bocca, la perdita della conoscenza e la insensibilità. A questa forma hanno dato il nome di *istero epilessia*.

Lo isterismo e la ipocondria sono stati confusi da molti autori e specialmente da Sydenham e da Whytt: intanto non avvi alcuna analogia tra essi. In fatti lo isterismo è speciale alla donna, l'ipocondria colpisce i due sessi. Il primo à uno sviluppo brusco, una durata momentanea, ma si riproduce più o meno frequentemente, mentre che la seconda si manifesta lentamente, à un corso continuo e non si manifesta sotto forma di attacco. In questa gli ammalati sono inquieti sulla loro salute; la loro attenzione è fissa specialmente verso tale o tale organo; non hanno convulsioni; se gli organi digestivi sono colpiti da nevrosi, vi avrà in essi sollogamento, meteorismo, ma non presentano mai il fenomeno della mole isterica; se qualche volta alcuni se ne lagnano, ciò accade perchè la loro attenzione è stata fissata su questo punto dalle domande indiscrete o dalla lettura delle opere mediche.

Si avrà cura di non ligare ad una lesione materiale del cervello le paralisi e le contratture che hanno luogo spessissimo dopo gli attacchi isterici; il modo con cui questi accidenti hanno avuto luogo basta solo per togliere qualunque incertezza. Torna quasi inutile dire che lo isterismo è frequentemente simulato, ma con qualche attenzione, si eviterà di essere il zimbello della furberia donnesca.

Pronostico. — Lo isterismo non compromette la vita, ma costituisce una malattia incomoda. Quello che è recente, che à luogo dietro cause atte ad essere allontanate, è il meno pericoloso; la forma convulsiva è la più grave, e tanto più in quanto che gli accessi sono più violenti.

Etiologia. — Lo isterismo è una malattia esclusiva della donna; i casi d'isterismo nell'uomo rapportati non sono affatto con-

cludenti. Lo isterismo si comincia ad osservare verso la pubertà; sembra avere il suo massimo di frequenza da 15 a 20 anni, poi da 20 a 25. Dopo cessato o riprodotto di tempo in tempo, si rinnova spesso con un novello furore verso la età critica. Lo isterismo affetta specialmente le donne forti, a capelli neri, di temperamento nervoso e di sviluppatissimo senso generatore. Tutto ciò che può eccitare il sistema nervoso è causa d'isterismo, per esempio una vita oziosa, contemplativa la lettura di certi romanzi, la coltura smodata delle belle arti, specialmente della musica, le voglie, i dispiaceri, come anche le pene di cuore: la continenza poi è stata posta in primo luogo, in guisa che nove volte su dieci, si dice, che lo isterismo era prodotto da questa causa. Qui però avvi molta esagerazione; ma non cade dubbio che la continenza produce spesso lo isterismo nelle donne dette a temperamento: ma infine questa causa agisce meno spesso di quello si crede, agisce meno dello eccesso contrario, cioè per lo abuso del coito e specialmente dell' onanismo. Le stagioni calde, la dimora in un clima bruciante, l'astinenza, un nutrimento troppo succulento, troppo eccitante, sono altrettante cause la cui azione è reale. E' pure dimostrato che lo isterismo può essere ereditario.

Le cause che provocano quasi sempre gli attacchi sono le emozioni vive ed istantanee dell'anima, la soppressione delle regole, le fatiche, gli eccessi venerei, la impressione di certi odori penetranti, ec.

Cura. — La cura dello isterismo comprende la serie dei mezzi atti a prevenire lo attacco, e quelli destinati a combatterlo quando si è manifestato.

Se non vi sono i prodromi, si cerca a distrarre le ammalate collo esercizio, con certe occupazioni attraenti, mezzi più spesso utili di tutti gli agenti terapeutici raccomandati per lo stesso scopo.

Quando si è chiamato presso una donna in preda ad un accesso isterico, bisogna collocarla in modo che non potesse ferirsi; giova più metterla sopra un materazzo per terra che sopra un letto elevato, sul quale sarebbe difficile mantenerla. Nello stesso tempo si scioglierà da tutti gli abiti che potrebbero recarle incomodo, comprimerla; si favorirà l'aria fresca nello appartamento. Hanno in seguito consigliato moltissimi mezzi, molti de' quali, vantati altra volta, sono quasi caduti in disuso a' giorni nostri; tali sono gli starnutatori, le sprazzature narcotiche sul ventre, le ispirazioni di vapori felidi e penetranti, le iniezioni vaginali con sostanze di un odor grato o col laudano (Bichat), le frizioni sul ventre, il solletico del collo uterino e della clitoride. Questo mezzo è certamente efficacissimo in certi isterismi prodotti dalla continenza, ma torna inutile negli altri; ol-

tre a chè è troppo contrario alle convenienze ed alla morale, perchè un modico potesse consigliarlo, sebbene raccomandato da gravi autorità, specialmente da Galeno, da Avicenna, da Sauvages, ec. I clisteri freddi ed anche ghiacciati, o pure di assafetida, impiegati da molti, hanno una utilità molto dubbia in tali circostanze; dicasi lo stesso delle pozioni eterie e de' rivelenti sugli estremi, i quali irritano piuttosto, agitano certe donne, in guisa che prolungano gli accessi anzichè abbreviarli. Bisogna dunque, ne casi ordinari, limitarsi a spruzzare l'acqua fredda sulla testa, a far respirare un poco di etere, se pure questo medicamento è ben tollerato dalle ammalate. Ma quando gli accessi intensissimi si prolungano, quando la respirazione è imbarazzata, la testa abitualmente in uno stato congestivo, non bisogna esitare ad aprire la vena del braccio; si praticeranno pure le applicazioni refrigeranti sulla fronte. Quando gli accessi si ripetono con una certa ostinazione, bisognerà tuffare le ammalate in un bagno fresco e loro fare alcune spruzzature fredde; quest'ultimo mezzo, unito agli eccitanti, agli stimolanti, sarà specialmente impiegato quando lo isterismo si accompagna ad uno stato di risoluzione e di sincope.

Per prevenire gli accessi, bisogna informarsi delle cause che hanno sviluppato la malattia ed allontanarla per quanto è possibile; si prescriverà l'uso dei bagni tiepidi o freschi, un nutrimento dolce, a meno che lo stomaco colpito da nevrosi non potesse sopportarlo; si allontanerà tutto ciò che è capace di eccitare il sistema nervoso, ed esaltare la immaginazione. Così dovrà proibirsi la musica, gli spettacoli, la lettura de' romanzi; le donne si dedicheranno allo esercizio sino alla fatica. Secondo la loro attitudine e le condizioni in cui si trovano, si daranno ai lavori manuali o allo studio delle scienze naturali, alle lingue morte o viventi. Resteranno poco nel letto. Per lungo tempo si è creduto, e da alcuni si crede ancora, che il matrimonio, che l'unione del sesso fosse il miglior mezzo curativo dello isterismo; è questo un grave errore. Il coito spiega una felice influenza solo quando lo isterismo è lo effetto della continenza o dell'amore contrariato: in quest'ultimo caso i piaceri venerei hanno forse meno influenza sulla guarigione di quello accade per la soddisfazione del cuore.

Molti agenti farmaceutici sono stati decorati del nome di *antisterici*, e che in realtà non hanno alcuna utilità ben dimostrata: tra questo numero sono quasi tutti gli antispasmodici: ma forse si potrebbe fare una eccezione per l'assafetida e per la valeriana specialmente, per la forma non convulsiva della malattia. I narcotici, senza essere molto efficaci, possono però essere utili e modarare specialmente gli spasmi e l'agitazione. Secondo il Signor Gendrin l'oppio dato a dosi progressivamente

crescenti da 10 centigramme sino a 60 e 75, godrebbe di una grande efficacia, ma questa opinione non è ancora sanzionata dalla esperienza. Emettiamo gli stessi dubbi sulla utilità dell'etere del quale bisognerebbe portar la dose a 25 o 30 gramme nel corso del giorno. I tonici e specialmente i ferruginosi, molto vantati, sono indicati solo quando lo isterismo è accompagnato da clorosi o da uno stato di atonia. Eccettuati questi casi, i tonici, come gli antispasmodici, sono più nocivi che utili; essi lo sono specialmente nella maggior parte delle isteriche delle grandi città e della classe ricca, il cui sistema nervoso è in uno stato di estrema irritabilità. Questo punto di pratica è stato sviluppato in modo perfetto da Pomme, il quale, nell'ultimo secolo, fu indotto a curare le malattie vaporose co' diluenti, col latte, i brodi di vitello, e di pollo, di granocchi, colle acque minerali acidole, i bagni tiepidi; co' elisteri freddi ed anche ghiacciati, colle applicazioni di compresse di acqua fredda sulla testa, sul chiodo isterico, sul ventra contro le coliche isteriche con soppressione delle regole e dismenorrea. Ognun sa che numerosi successi furono dovuti a questo metodo, il quale à goduto di gran voga.

Sede dello isterismo. — Lo isterismo è stato collocato ora nell'utero, ora nel sistema nervoso ed in alcuni altri organi, come la vena porta, nelle vie digestive, nel fegato, nel sangue ec. Questa ultima opinione non à più partigiani a' giorni nostri, e non potrebbe essere sostenuta. La idea di localizzare lo isterismo nel sistema nervoso centrale, appartiene a Willis; essa è stata sostenuta da Ch. Lepois, e recentemente da Georget, il quale à proposto di chiamare la malattia una *encefalia spasmodica*. Questa opinione potrebbe essere sostenuta, se lo isterismo fosse caratterizzato solamente dalle convulsioni e dalla mancanza più o meno completa della intelligenza; ma abbiain veduto che in moltissimi casi il cervello restava quasi estraneo allo attacco; in fatti, il gonfiamento del ventre, l'oppressicne, la sensazione della mole isterica, il costringimento della gola, sono altrettanti fenomeni che si osservano spesso soli, senza convulsioni, senza disturbo cerebrale. Dunque non possiamo localizzare nel cervello disturbi viscerali che anno manifestamente un punto di partenza differente. Oltre a chè, se si considera che lo isterismo è una malattia esclusiva alla donna, a primo aspetto si è portato a rannodare la malattia agli organi sessuali. Lo studio de' sintomi viene in appoggio di questa presunzione: in fatti, sappiamo che in molte donne, gli attacchi isterici si accompagnano ad uno stato di eccitamento degli organi genitali, a certi movimenti del bacino, e, al momento della remittenza, ad un flusso che bagna queste parti; in una parola, si trova spesso in un accesso d'isterismo la maggior parte de' fenomeni che osservansi

nell'orgasmo venereo. Dunque l'utero sembra essere la sede della malattia. Per altri lo isterismo avrebbe il suo punto di partenza nelle ovaie; è questa una dottrina che Schutzenberger à sviluppata con molto talento nella *Gazette médicale* del 1846. Il dotto professor di Strasbourg afferma che, facendo coricare sul dorso certe donne isteriche, e palpeggiando tra lo epigastrio e la parte inferiore della fossa iliaca nella direzione della ovaia destra o sinistra, le ammalate accusano un dolore più o meno vivo. Aumentando la pressione, il dolore si esacerba, si propaga verso lo epigastrio e vi si concentra; se si continua ancora, quasi tutte rigidiscono e cadono qualche volta nelle convulsioni o nelle lipotimie; altre hanno solamente la sensazione della mole isterica. Questi fatti sono reali, ma rarissimi, e mi è stato dato poterli produrre una sola volta. Ma possiamo dire che in questi casi si comprime l'ovaia anzichè qualunque altra parte degli organi genitali? ecco ciò che non è possibile affermare. Oltre a ch'è sarebbe importante cosa sapere se, ne' casi in cui la pressione riesce ad eccitare il dolore, poi gli accessi isterici, le ovaie siano sane, o, quel ch'è più probabile, esse siano la sede di qualche alterazione di tessitura, perchè allora nulla vi sarebbe di straordinario e si comprenderebbe perchè la pressione esercitata sopra un organo che soffre risveglierebbe i dolori, poi que'disturbi nervosi che caratterizzano gli accessi isterici. Checchè ne sia; è dimostrato, da tutte le prove precedenti, che lo isterismo à il suo punto di partenza sia nell'utero sia ne' suoi annessi, e che si propaga in seguito nel modo delle nevrosi ascendenti. Quindi per le comunicazioni dell'utero co' nervi ganglionari, si spiegano i disturbi viscerali che caratterizzano i piccoli attacchi o la forma non convulsiva. I movimenti disordinati delle membra si rannodano, per lo contrario, al disturbo cerebrale, ma questo è consecutivo; e come vien detto ragionevolmente dal Signor Dubois (d'Amiens), arvi qui, per la successione de' fenomeni morbosi, un'analogia manifesta colle convulsioni che il solletico dell'organismo venereo produce qualche volta.

Lo isterismo è dunque una nevrosi degli organi genitali della donna; esso non à per conseguenza alcun agente materiale; non si liga ad alcuna lesione palpabile, e Pujol, contro alla esperienza di tutti i giorni, à voluto farne una malattia sintomatica di una metrite cronica. Le lesioni materiali verso gli organi sessuali, molto comuni nelle donne isteriche, non presentano, siccome lo abbiamo detto, che la parte delle cause eccitanti o provocanti.

DEL PRIAPISMO

Il priapismo è caratterizzato da una erezione continua e dolorosa del pene, senza desiderio dell'atto venereo. Quest'ultima circostanza distingue il priapismo dalla satiriasi, nella quale abbiamo veduti individui desiderare ardentemente gli amplessi sessuali e presentare un delirio in rapporto colla loro passione. Le due malattie differiscono ancora l'una dall'altra per la loro sede, perchè il priapismo sembra essere una nevrosi delle parti genitali, mentre la satiriasi è una nevrosi cerebrale, e costituisce, siccome lo abbiamo detto, una varietà della monomania.

Il priapismo è di rado una malattia primitiva, ma quasi sempre sintomatica del patema di un organo vieino; così un calcolo vescicale, una cistite, specialmente la infiammazione del collo della vescica, un restringimento uretrale, una blenorragia, gli ossiuri nel retto sono altrettante cause efficienti del priapismo. Questa malattia si sviluppa ancora qualche volta dopo l'uso delle cantaridi. La continenza o lo eccesso contrario, l'abuso de' liquidi stimolanti, un regime troppo eccitante, la sporchizia lo accumulo delle materie sebacee intorno al ghiande, sono ancora altrettante cause che possono determinare il priapismo.

Si concepisce che, per curare efficacemente la malattia, bisogna prima determinare la causa che à dato luogo. Quando la malattia è essenziale, si avrà riguardo allo stato costituzionale; così quando lo individuo è forte, pletorico, bisogna ricorrere al salasso una o molte volte. Il regime debilitante, i bagni tiepidi, le bevande dolci, i topici refrigeranti, convengono quasi in tutti i casi. Se la malattia resiste, si tenteranno i calmanti e gli antispasmodici per bocca e per clisteri.

DELL' ANAFRODISIA

Si dà il nome di *anafrodisia* alla mancanza de' desideri venerei, alla impossibilità di darsi al coito per difetto di erezione.

L' anafrodisia è, come ognun sa, prodotta naturalmente dai progressi della età; può aver luogo però prematuramente sotto l'influenza di diverse cause: quindi l' onanismo, l' abuso del coito, specialmente prematuro, lo eccesso contrario o la continenza, le perdite seminali, il diabete, tutte le cause debilitanti e di spossamento, le pene, i dispiaceri, le applicazioni dello spirito, sono altrettante cause di anafrodisia. Vi uniremo le malattie della midolla, che in fatti in alcuni individui si manifesta-

no dapprima per la mancanza de' desideri venerci, e la impossibilità di erigere. Un amor violento, la gioia di possedere una donna da lungo tempo desiderata; o pur l'amor rispettoso e timido, le preoccupazioni di un novello sposo di non poter compiere l'atto coniugale, determinano qualche volta l'anafrodisia: questa è quasi sempre passeggera, momentanea. Infine avvi una anafrodisia che dipende dalla mancanza completa, radicale, del temperamento genitale. In questi casi, gli organi genitali sono poco sviluppati.

Bisogna rispettare l'anafrodisia ch'è la conseguenza della età. Per quella prematura, bisogna anzi tutto sottrarre gli ammalati alle cause che hanno prodotto la impotenza: questa sola prescrizione è sufficiente spesso per dar termine alla malattia. Se la costituzione è rovinata, indebolita, si rianimeranno le forze con un metodo ed un alimento tonico; in tutti i casi, si ecciterà la innervazione degli organi genitali mediante le lavande fredde, ed anche meglio colle docciature dirette sul perineo e su i lombi; colla battitura, la urticazione, la flagellazione praticata co' stoffili di cuoio; colle frizioni secche o con liquidi spiritosi irritanti; co' rivellenti più energici, come sinapismi e vescicanti volanti. Hanno anche consigliato la elettricità diretta sulla colonna e sugli organi genitali. Si prescrivono pure comunemente molti medicamenti che godono la riputazione di afrodisiaci, specialmente le cantaridi ed il fosforo; però questi rimedi sono pericolosissimi; quindi bisognerà usare della massima riserbatezza nella loro amministrazione, e crediamo pure prudente astenersene completamente.

DELLA INCONTINENZA DI URINA

La incontinenza di urina è lo scolo involontario di questo liquido dal canale dell'uretra.

La incontinenza di urina è un accidente che abbiamo molte volte indicato nel corso di altre malattie. Lo abbiamo notato nelle febbri gravi, quando il collo vescicale prende parte all'atonìa, alla risoluzione generale: è un sintomo frequente in un periodo avanzato delle affezioni acute e croniche dello encefalo, e lo abbiám trovato più spesso ancora in tutti i periodi delle malattie della midolla. L'incontinenza può anche dipendere da una paralisi limitata alla vescica, come si vede frequentemente ne' vecchi, o dalla pressione esterna esercitata da un tumore sul serbatoio urinario; tale è l'incontinenza che accade negli ultimi tempi della gravidanza. Non dobbiamo occuparci in questo luogo di tali incontinenze che sono tutte simpatiche, ma desideriamo solamente fissare per poco l'attenzione sopra una spe-

cie non meno degna d'interesse delle precedenti, intendo parlare della incontinenza di urina che osservasi la notte solo nei fanciulli ed in molti giovanetti, malattia, sulla quale Mondière à pubblicato, dodici anni sono, un lavoro interessante (*Presse médicale*) e della quale faremo conoscere i principali risultati.

La uscita involontaria dell'urina durante il sonno è il solo fenomeno morboso che osservasi negl'individui di cui è parola: avviene di quelli che provano questo incomodo in ciascuna notte, non ostante qualunque precauzione. In altri, ciò à luogo soltanto di tempo in tempo, quando il sonno, più profondo e più pesante, impedisce di sentire il bisogno di urinare, o pure quando gl'individui avendo molto bevuto al pranzo della sera e specialmente al momento di andare al letto, segregano una maggior quantità di urina. Così conosciamo un adulto il quale, fin dalla sua infanzia orina costantemente al letto ogni qual volta beve un bicchiere di acqua coricandosi.

Nella incontinenza notturna, l'urina non è emessa a gocce a gocce a misura che arriva nella vescica, ma si accumula sempre in una certa quantità in questo serbatoio; poi, sia per un' atonia dello sfintere, sia per una maggiore irritabilità delle pareti vescicali, la urina esce via senza che il bisogno di emetterla si faccia sentire o senza eccitare una impressione assai viva per interrompere il sonno, e per conseguenza alla insaputa dello ammalato.

La incontinenza notturna è una malattia disgustevole della quale torna impossibile prevederne il termine; si dice che finisce quasi sempre al momento della pubertà, e che quando continua dopo questa rivoluzione naturale, deve essere incurabile, ciò però non è vero. Oltre a chè tutte le assertive su di ciò non poggiano ancora sopra alcun dato certo.

I fanciulli e gli adolescenti soggetti a questo incomodo si rappresentano generalmente come caducchi e deboli, come di temperamento linfatico; anche qui però avvi errore, perchè la maggior parte di quelli osservati da Mondière erano al contrario robusti di carni forti, in guisa che tornava impossibile rannodare in essi la incontinenza notturna alla debolezza generale. Per questo distinto medico, lo accidente di cui è parola dipenderebbe unicamente dall' atonia limitata alla vescica; su questa idea abbracciata da molti pratici, sono stati basati i principali metodi che siamo per far conoscere.

Cura. — Indicheremo qui certi mezzi solo per biasimarli impiegati nello scopo d'impressionare vivamente il morale dei fanciulli; quindi a certi àn fatto toccare un morto, ad altri àn fatto uccidere un topo nelle mani, ec. Se questi mezzi non erano assolutamente inutili, si dovrebbero proscrivere siccome ca-

paci di reagire nel modo più pericoloso sull'organismo sì mobile ed impressionabile de' fanciulli.

Tra i mezzi razionali messi in uso, i tonici dominano, sia che si voglia fortificare la intiera costituzione, sia che si pretenda dirigersi unicamente alla vescica. Quindi sono state amministrate con successo le preparazioni ferruginose, la chinachina, gli amari, i bagni solforosi e iodati, i bagni aromatici raccomandati dal Signor Lallemand, i bagni di mare vantati da Underwood, i bagni freddi ordinari, raccomandati da' signori Beaudelocque e Guersant. Dupuytren consigliava pure il bagno freddo, ma lo voleva per immersione, come per la corea (vedi più sopra *corea*). Si è cercato a rianimar la tonicità della vescica colle ventose secche applicate al perineo (Canin), co' vescicanti ed anche colla mōxa applicati dietro le borse o sulla regione del sacro (Mongeret, Dickson.), colla elettricità galvanica (Webster, Mauduit), o pure introducendo cinque o sei volte, ed a tre o quattro giorni d'intervallo una sonda nell'uretra (Goulard, Lair, Beaudelocque). Hanno pure consigliato l'uso delle cantaridi sotto forma di frizioni ed anche internamente; alcuni an vantato la segala cornuta, il nitro (1 a 2 gramme) e l'acido benzoico (10 a 20 centigramme). Però lo effetto di queste sostanze rimane ad essere per anco precisato; ma la noce vomica, impiegata dapprima dal Signor Mauricet, e che Mondière à indicata, per propria esperienza, vien considerata come lo agente più efficace. Questo compianto medico associava ordinariamente il medicamento all'ossido nero di ferro (est. di noce vomica, 40 centigramme; ossido di ferro, 4 gramme; farne 24 pillole, e prenderne 3 al giorno). Torna inutile dire che la noce vomica potrebbe essere rimpiazzata dalla stricnina, ma a dose infinitamente minore.

DECIMA CLASSE DI MALATTIE

MALATTIE SPECIALI A CERTI ORGANI O CERTI TESSUTI

DELLE MALATTIE CHE SONO SPECIALI
AGLI ORGANI DIGESTIVIDELLA PRIMA DENTIZIONE E DEGLI ACCIDENTI
CHE LA COMPLICANO

Al principiar del quinto al dodicesimo mese della vita estraneina i denti fanno uno sforzo per uscire da' loro alveoli. Il prurito delle gengive e il primo fenomeno indicatore di questo travaglio naturale. Il fanciullo spesso inquieto, e barbotone, si calma quando si strofina dolcemente il bordo libero delle gengive, ordinariamente preme egli stesso il dito, e porta abitualmente alla bocca le sue mani o i corpi estranei che può prendere. Spesso la temperatura della bocca sembra aumentata; le guancie sono più colorate, una saliva bondante, senza odore, acquosa, sfugge quasi sempre e bagna il mento; il ventre è più rilasciato del solito. Il desiderio di succhiare è più frequente; le gengive, già più rosse e come quadrate, sono circoscritte nella loro parte esterna e superiore da un bordo biancastro; qualche volta il loro apice presenta alcune macchie bianche, che sono il riflesso del dente a traverso della mucosa assottigliata. Questo travaglio può durare soltanto alcuni giorni o molte settimane ed anche molti mesi. Infine compariscono i denti, ma non escono tutti nello stesso tempo. Quasi sempre sono i due incisori mediani della mascella inferiore che si mostrano i primi tra il sesto e l'ottavo mese; poi dopo alcune settimane, i due incisori corrispondenti della mascella superiore forano a lor tempo. Dopo un novello riposo, tanto lungo quanto il primo, escono gl'incisori esterni delle due mascelle. Verso la fine del primo anno, il primo paio de' piccoli molari sorge, ed il cominciamento del secondo anno è segnato dalla eruzione de' canini. Tra questo anno ed il terzo, il secondo paio de' denti molari fa la sua uscita. Là termina la prima dentizione, che fornisce venti denti, volte meno, mai più; si chiamano *primi denti*, denti del latte, denti temporari.

Tale è il quadro fedele de' fenomeni della prima dentizione. L'abbiamo copiato testualmente da G. Frank, il quale conosce però che la natura si allontana spesso, per varie combina-

zioni, dall'ordine di eruzione che abbiamo indicato, senza che ne risulti alcuno inconveniente per la salute. Dietro un lavoro pieno d'interesse, dovuto al Signor Trousseau, fondato sull'analisi di 65 osservazioni, la evoluzione dentaria non avrebbe luogo precisamente secondo l'ordine descritto più sopra: quindi, secondo questo autore, si vedrebbero 2 incisivi mediani inferiori, da otto a dieci mesi, 4 incisivi superiori, da otto a quindici mesi; 4 primi molari e 2 incisivi laterali, da dodici a venti mesi; 4 canini, da diciotto a venticinque mesi; 4 secondi molari, da ventiquattro a trenta mesi. Però lo ripetiamo, queste variazioni non hanno grande importanza. Per dar termine, diremo che verso la età di cinque anni compariscono 4 grossi molari, i quali stabiliscono una specie di passaggio tra la prima e seconda dentizione, e che sono persistenti come i denti di quest'ultima.

La dentizione è un fenomeno fisiologico, il quale si sviluppa quasi sempre senza trambusto; però in alcuni casi suscita diversi accidenti, distinti dagli autori in locali e simpatici.

1.^o *Accidenti locali.* — Gli accidenti locali sono poco numerosi; i principali sono: 1.^o la gonfiezza delle gengive, che sono tese, aride, di un rosso violaceo, e dolorosissime alla pressione; 2.^o le afte che non presentano niente di particolare; 3.^o ne' fanciulli poveri, la dentizione laboriosa è stata qualche volta la causa determinante della cangrena della bocca; 4.^o infine si è veduto, e Billard specialmente ne cita alcuni esempli, una emorragia leggiera aver luogo negli alveoli, o alla superficie delle gengive, questo caso però è molto raro.

2.^o *Accidenti simpatici.* — Sono questi i più numerosi ed i più importanti a conoscersi. L'accidente più comune del travaglio della dentizione è un apparato febbrile continuo o erratico, che del resto non offre niente di speciale a notarsi; però quando è intenso, si accompagna ad agitazione, ad uno stato di sonnolenza, che fa dubitare di qualche seria complicazione.

I disturbi degli organi digestivi sono estremamente frequenti; alcuni fanciulli vomitano, ma quasi tutti hanno diarrea. Questa può essere leggiera o talmente grave che i fanciulli possono morire con i sintomi colerici. La diarrea (quella almeno moderata) è stata considerata quasi in ogni tempo siccome una circostanza favorevole, ed avvi pochi medici, i quali, anche oggi siano di contraria opinione. Però il Signor Trousseau è convinto dalle sue recenti ricerche che la diarrea era sempre, ne' casi di cui è parola, una circostanza sfavorevole, e che per conseguenza bisognava sopprimere prontamente, atteso che quando si prolungava, era seguita da ulcerazioni intestinali. Oltre a chè, il Signor Trousseau ha veduto le convulsioni manifestarsi

più spesso ne' fanciulli colpiti da diarrea che in altri; e contro a ciò che si è detto, egli à sempre riconosciuto un gran vantaggio a sopprimerla. Questo stesso autore considera questa diarrea come il più delle volte il risultato di una indigestione.

I disturbi cerebrali sono i più gravi che potessero aver luogo nel corso della dentizione; essi consistono in movimenti convulsivi, tali quali l'abbiamo descritti precedentemente trattando delle eclampsia. Si è pur detto che si manifestavano spesso i sintomi di congestione, questo fatto è molto dubbio. Hanno pure accusato la dentizione di produrre l'idrocefalo, la meningite tubercolosa; ma abbiamo citato più sopra le ricerche del Signor Piet, che contradicono questa opinione.

Durante il travaglio della prima dentizione, specialmente se à luogo stentatamente, si osservano spesso diverse eruzioni alla pelle, che chiamansi volgarmente *fuochi di denti*; sono queste piastre rosse eritematose, papolose, che si mostrano specialmente alle natiche, alle cosce, alle parti genitali, qualche volta sulle guance, rarissimamente sulle altre parti del corpo. Alcuni fanciulli sono pure colpiti da oftalmia, più raramente da bronchite o da una piccola tosse convulsiva, che Hunter paragona a quella della pertosse. Però questi ultimi accidenti non sono comuni; oltre a chè non è stato sufficientemente provato il rapporto che può esistere tra essi e la dentizione, alla quale molti attribuiscono gratuitamente quasi tutte le malattie della prima infanzia.

Torna impossibile descrivere il corso che sieguono gli accidenti svariati che abbiamo enumerati, perchè non è in essi ben determinato; ma quasi tutti, almeno i più gravi, come le convulsioni, la diarrea e la febbre, si manifestano nel colmo della malattia, e durano solo per alcuni giorni; però van soggetti alle recidive. In fatti in molti fanciulli la eruzione di ciascun dente è indicata dalla manifestazione degli stessi sintomi, qualche volta però l'uscita de' primi denti è tempestosa, mentre che quella de' seguenti à luogo senza recare alcun disturbo notevole nella economia.

Nessuno mette in dubbio che gli accidenti gravi di cui abbiamo parlato, come le convulsioni e la diarrea, non uccidano molti fanciulli; però hanno esagerato quando àn detto la metà (Berdmore) o un terzo (Plenk) il numero de' fanciulli che muoiono vittima di una difficile dentizione. Oltre a chè la scienza attende su di ciò osservazioni più precise di quelle raccolte sin ora.

Cura. — Per favorire l'uscita de' denti e prevenire lo sviluppo degli accidenti di cui abbiamo parlato bisogna collocare gli ammalati nelle buone condizioni igieniche; si garantiranno dal freddo e dall'umido, e specialmente non bisogna svezzarli

prima della uscita de' primi denti, che sono gl' incisori. Alcuni autori però non solo voglio che i fanciulli sieno nutriti esclusivamente al seno durante la eruzione de' primi denti, ma si oppongono pure con Duval, perchè non vengano spoppati prima che tutti i denti del latte sieno usciti, ed il Signor Trouseau non consente allo spoppamento se non quando gli otto incisori ed i quattro primi molari sono usciti fuori, il che, come lo si vede, potrebbe forzare a prolungare lo allattamento sino a diciotto o venti mesi; questo termine ci sembra un poco troppo lungo: così crediamo che non bisogna imitare questa condotta, eccetto in qualche circostanza fuori della dentizione, che forzi a prolungare lo allattamento al di là del termine ordinario.

Per favorire la uscita de' denti, gli uni anno consigliato, gli altri anno biasimato l' uso del sonaglio fatto con corpi duri. Quelli che l' anno adottato l' impiegano, certi allo sviluppo, altri alla fine, quando la gingiva è distesa e spinta dal dente. È dunque difficile formarsi una opinione esatta; ci sembra però che allo sviluppo e qualche volta durante tutto il corso della dentizione, i sonagli duri erano preferibili; i fanciulli li cercano, ed è facile vedere che li stringono con piacere tra le mascelle. Ma quando le loro gengive sono gonfie, dolorose, quando la menoma pressione esercitata su di esse risveglia vivi patemi, sarebbe irrazionale introdurre nella bocca un corpo duro qualunque; bisogna allora limitarsi ad umettare le parti ammalate con una mucilaggine di gomma, col mele o col butirro fresco. Bisogna limitarsi a questi mezzi ed a' cataplasmi caldi sulle estremità, ogni qual volta non esiste alcun fenomeno simpatico grave; nel caso contrario, si dovrà pure incidere o estirpare la gingiva, per far cessare lo strozzamento. Questa operazione, che alcuni anno avuto torto di biasimare, à prodotto qualche volta una vera risurrezione ne' fanciulli in preda alle violenti convulsioni.

I sintomi predominanti richiederanno una cura speciale; così si cercherà a moderare la febbre coll' uso de' bagni, diminuendo un poco lo alimento, facendo bere al fanciullo una bevanda dolce. Questi mezzi convengono ancora per combattere le eruzioni cutanee. Per moderare la diarrea, si farà poppare meno spesso il fanciullo, gli si prescriveranno alcune preparazioni oppiate, come il sotto carbonato di bismuto. Infine, contro le convulsioni s' impiegheranno i mezzi che abbiamo precedentemente indicati all'articolo *Eclampsia*.

DELLA INDIGESTIONE

Col Signor Mèrat, definiremo la indigestione un disturbo istantaneo e passeggero della digestione.

Anatomia patologica.— Il cadavere di quelli morti per indigestione si putrefa prontamente; gl' intestini sono distesi da gas; lo stomaco, rosso o violaceo uniforme o a piastre, contiene una certa quantità di alimenti; ma lo stato anatomico della mucosa non è stato per anco valutato convenevolmente. Qualche volta si è pur veduto una stasi sanguigna nel fegato, ne' polmoni e nel cervello; infine si sono osservati qualche volta i bronchi ripieni di detritus di alimenti: questi vi son penetrati il più delle volte durante la vita, ma han potuto non arrivarci che dopo la morte. Allora bisogna ammettere che, in seguito di uno sviluppo di gas, lo stomaco compresso si è sbarazzato per la via del cardia degli alimenti che conteneva; questi incanalandosi nello esofago han potuto introdursi liberamente nella laringe semi aperta e sin anche nelle anfrattuosità delle fosse nasali.

Sintomi, corso.— La indigestione si manifesta comunemente poco tempo dopo il pranzo. Gl' individui provano dapprima un senso di pienezza, han incomodo, peso, ed anche dolore allo epigastrio; sono nell'ansietà; han eruttazioni acide; mandano frequentemente dalla bocca de' gas, che esalano un odore di idrogeno solforato. Alcuni han singhiozzo; si lagnano di cefalalgia, di mal' essere di oppressione; infine spesso vomitano gli alimenti diversamente alterati; questa evacuazione spontanea, che d'ordinario à luogo facilmente, senza sforzi, ne' fanciulli, è seguito da un gran sollievo. Molti han pure coliche, borborigmi, il ventre si meteorizza leggermente; i gas fetidi sono emessi dall'ano; finalmente gli ammalati sono presi da imperiosi desideri di andar del corpo, e caccian via una grande quantità di materie mucose, biliose, miste a residui alimentizi per anco imperfettamente digeriti. In questi casi, la indigestione è detta *completa*; cioè che lo stomaco e lo intestino sono stati colpiti successivamente o simultaneamente: qui tutti gli alimenti sono stati espulsi. Qualche volta la indigestione è incompleta, i disturbi sono allora limitati allo stomaco o pure allo intestino solamente; nell'uno e nell'altro caso, le materie alimentizie possono non essere espulse che in parte, o pure gli accidenti verso il tubo digestivo si limitano ad un poco di peso epigastrico, ad alcune nausea, a certi rutti acidi o gassosi; poi gli accidenti si calmano a poco a poco, e gli alimenti conservati sono similmente digeriti,

Però la indigestione non è sempre così semplice ; in fatti in alcuni ammalati si osserva uno stato di torpore, di sonnolenza, di coma, in seguito di una congestione cerebrale concomitante, ed in alcuni fanciulli, non è raro siccome lo abbiám già detto, di vedere gli accessi di eclampsia: in ragione di queste complicazioni la indigestione può qualche volta terminare colla morte. Abbiám del pari veduto che gli ammalati potevano morire soffogati, quando, durante l'atto del vomito, le materie penetravano pelle vie aeree, siccome ne esistono molti esempli negli annali della scienza. Nella maggior parte de' casi la indigestione è una breve durata; le funzioni digestive ritornano quasi prontamente nel loro stato fisiologico. Alcuni ammalati però conservano per molti giorni inappetenza, una bocca pastosa, sete, e più raramente diarrea.

Diagnosi. — Per i suoi sintomi ed il suo corso, si vede quanto la indigestione differisce dalla gastrite, dalla enterite o da uno strozzamento, interno; essa potrebbe facilmente simulare un avvelenamento con una sostanza irritante o caustica. Ma la violenza de' dolori, la natura de' vomiti, il sapore provato dagli ammalati, spesso ancora le vestigie che il veleno ha lasciate sulle labbra, nella bocca o nella gola, infine, ne' casi dubbi, l'analisi delle deiezioni e delle materie vomitate, illumineranno il medico sulla causa degli accidenti. Non faremo ritorno sulla diagnosi differenziale della indigestione col colera europeo per averne parlato nel primo volume. Quando la indigestione non si manifesta che con disturbi simpatici, con eccessi di eclampsia, siccome osservasi spessissimo ne' ragazzi, può tornare difficile giungere alla conoscenza della malattia. Però il medico istruito non mancherà in simile caso d'informarsi da' parenti della salute abituale del ragazzo, delle sue abitudini, del suo regime, degli alimenti che ha presi il giorno istesso e la vigilia; si toccherà lo epigastrio per sapere se sia doloroso; cercherà di limitare lo stomaco mediante la percussione, e determinare se sia disteso dagli alimenti. In questi casi si percepirà il suono matto alla parte superiore del ventre, e si farà variar di sito inclinando alternativamente lo ammalato sopra l'uno o l'altro lato.

Pronostico. — In generale la indigestione non offre alcuna gravezza; però abbiám veduto ne' fanciulli come negli adulti che essa poteva divenir funesta eccitando lo sviluppo degli accidenti cerebrali. A cose eguali però, la indigestione è più pericolosa negl' individui colpiti da qualche lesione delle vie digestive, e generalmente in tutti quelli che sono ancora malati o convalescenti. Ne' primi la malattia è sempre inasprita, ne' secondi avvi spesso ricadute, o pure la indigestione diviene la causa determinante di novelli accidenti.

Etiologia. — La indigestione può essere procurata da moltissime cause: è un accidente frequente ne' ghiottoni in quelli che riempiono troppo lo stomaco di una grande quantità di alimenti, e specialmente poco digeribili, in quelli che mangiano senza bisogno e contro voglia. La indigestione può essere prodotta quando poco dopo il pranzo ed al momento in cui a luogo la digestione, gl'individui mangiono di bel nuovo o tranguugiano una bevanda fredda: quando eseguono certi movimenti come nel giuoco del dondolo; quando hanno una emozione viva, un dolor violento o quando si danno ad un lavoro intellettuale o manuale troppo lungamente sostenuto, o ad un violento esercizio.

Cura. — Quando la indigestione comincia, quando non avvi che incomodo allo epigastrio, rutti o sviluppo di gas, si abortiscono qualche volta gli accidenti facendo prendere allo ammalato una infusione aromatica, come tiglio, foglie di arancio, thè, caffè, camomilla, o una piccola quantità di liquore spiritoso. Quando la indigestione è completa, si favoriranno i vomiti facendo bere alcuni bicchieri di acqua tepida o solleticando l'ugola. Se l'ansietà è grande, e se malgrado le nausee, i vomiti non hanno luogo, si provocheranno coll'amministrazione della ipecacuana. Se le coliche si manifestano, se la diarrea si stabilisce, si sottoporrà lo ammalato all'uso de' diluenti, si consiglieranno i clisteri emollienti, i cataplasmi sul ventre, e l'astinenza sino a tanto che gli accidenti sono cessati. Avvi discrepanza su ciò che debba farsi quando la indigestione si accompagna a congestione cerebrale; in fatti alcuni prescrivano il salasso, altri amministrano di botto lo emetico. Noi preferiamo questa pratica, per le ragioni esposte nel volume precedente trattando dell'apoplessia cerebrale. In fatti l'uscita delle materie contenute nello stomaco fa cessare ordinariamente i sintomi cerebrali; se però questi continuano dopo che la indicazione evacuantè più non esiste, bisogna sgravare del sangue i vasi del cranio mediante il salasso ed i rivellenti. Dunque in questi casi eccezionali solamente convengono le emissioni sanguigne; volerne generalizzare l'uso come altre volte è stato praticato da Chauffari, sarebbe esporsi a certi pericolosi accidenti. Si è detto che in questi casi di congestione, tornava difficile qualche volta poter far vomitare gli ammalati. Così essendo, e se la gravezza dello stato generale facesse temere un esito prontamente funesto, bisognerebbe ricorrere alla pompa gastrica, tanto usata in Inghilterra, ma quasi in disuso appo noi.

DELLO IMBARAZZO GASTRICO

Non sapendo ancora quale sia la condizione che caratterizza anatomicamente lo imbarazzo gastrico, non possiamo definire questa malattia che colla enumerazione de' suoi sintomi. Diremo dunque che lo imbarazzo gastrico è un'affezione ordinariamente apiretica, caratterizzata da patina bianca o giallastra della lingua da un gusto amaro della bocca, da inappetenza, da desideri di vomitare: da una cefalalgia sopr' orbitale, e da uno stato di mal' essere e considerabile oppressione.

Storia. — Lo imbarazzo gastrico è una malattia estremamente comune in tutti i climi. È stato molto ben caratterizzato ne'suoi principali sintomi da Ippocrate, il quale avea pure indicato perfettamente la cura che gli è propria. Ma Rufus, di Efeso, forse considerato tra gli antichi come quello che à dato il quadro più esatto della malattia la quale, sotto i nomi di *stato saburrale*, *d'imbarazzo mucoso*, *di turgescenza della bile*, ec. è stato sino al regno della dottrina fisiologica una malattia perfettamente distinta, e convenevolmente trattata. Broussais, rovesciando per un momento ciò che l'autorità dei secoli avea così ben stabilito, volle fare dello imbarazzo gastrico una forma di flemmasia dello stomaco, ed oppose gli antilogistici; questa innovazione però sventurata non durò per molto tempo: oggi tutti i medici istruiti l'anno definitivamente abbandonata ed àn fatto ritorno quasi alle antiche idee. Si leggerà con molto interesse un eccellente lavoro su questa malattia, dovuto al Signor Martin-Solon, ed inserito nella *Gazette médicale* del 1836.

Sintomi. — Lo imbarazzo gastrico sviluppa lentamente, e qualche volta rapidamente. Gl'individui che ne sono affetti provano inappetenza, ed anche disgusto per gli alimenti, specialmente per le sostanze animali e le materie grasse. La sete è variabile; avvi desiderio solamente di cose acide; gli ammalati ànno rutti amari o acidi, frequenti desideri di vomitare, e vomiti quasi sempre con sollievo; si lagnano di un sapore amaro e trovano questo gusta in tutti gli alimenti, come del pari nelle bevande. Il loro alito è fetido, e la loro bocca esala un odore nauseante tutto speciale e caratteristico. La lingua è larga, umida, ricoperta, specialmente alla sua base, da una patina densa, giallastra, che riveste del pari i denti, e spesso, ma più debolmente, anche le gengive e la mucosa della bocca. In molti individui, la dietro bocca è la sede di una incomoda sensazione, che eccita sforzi continui di sputacchiamento. Molti ànno peso allo epigastrio, ed anche un vero dolore che si esacerba colla pressione, altri accusano uno stato d'incomodo, di oppressione e di costringimento sternale. Avvi ora costipazione, ora

diarrea. Questa si accompagna, in generale, a coliche. L'urina è rara, rossa, sedimentosa, e spesso gittandovi alcune gocce di acido nitrico, si determina un colorito verdastro prodotto dalla precipitazione della materia colorante della bile, fatto che il Signor Martin-Solon ha perfettamente stabilito pochi anni fa. La fisionomia degli ammalati presenta una tinta giallastra, specialmente marcata alle labbra ed alle pinne del naso, come anche alle congiuntive; la carnagione nello insieme offre una lividezza particolare: la testa è pesante; quasi tutti gli ammalati si lagnano di cefalalgia sopr-orbitale. Il polso è molle, senza frequenza; non avvi calore alla pelle; questa è al contrario qualche volta arida. Gli ammalati sono sensibilissimi all'azione del freddo, specialmente quando si muovono provano brividi ed orripilazioni; sono oppressi, stanchi, anno le membra contuse, e non sono capaci di alcun lavoro intellettuale o manuale: anno veglia, o un sonno pesante o agitato da sogni: infine alcuni presentano sopra certi punti della pelle diverse eruzioni, specialmente furuncoli o vescichette erpetiche. Lo insieme de' sintomi precedenti caratterizza la forma d'imbarazzo gastrico chiamato *imbarazzo o stato bilioso*. I fenomeni sono alquanto differenti nello stato mucoso ed atonico.

In quest'ultima, la cefalalgia è sostituita da un semplice peso alla testa; la patina della lingua e de'denti, invece di essere gialla, è bianca o grigiasta; la bocca è pastosa anzichè amara; l'alito è acido, ma non esala l'odore nauseante che offriva precedentemente. Avvi inappetenza; ma gli alimenti e le bevande lungi dall'essere amare, sembrano insipidi; le digestioni sono difficili, spesso accompagnate da dolori epigastriaci, da rigurgiti alimentizi, e da rutti gassosi dell'odore d'idrogeno solforato; avvi nausea, e gli ammalati rigettano spesso a digiuno delle materie mucose e filamentose: alcuni anno ptialismo ed afli nella bocca. L'urina è aquea, la faccia è pallida, il polso molle; esiste pure stanchezza ed anche la incapacità al lavoro come nella forma precedente.

Corso, ed esito. — Qualunque possa essere delle due forme la esistente, dopo alcuni giorni, una o due settimane, si osserva quello stato malaticcio ora dissiparsi spontaneamente e senza crisi, altre volte cessa in seguito di copiosi sudori, o di evacuazioni per bocca e per l'ano, naturali o provocate. Quasi tutti gli ammalati si ristabiliscono allora; anno pochissima convalescenza; alcuni però rimangono per qualche tempo deboli, collo stomaco languido e le digestioni più e meno difficili.

In quelli mal curati o che trascurano qualunque rimedio, spesso i sintomi si aggravano, siccome è stato molte volte osservato da Tissot e Finke: in simile caso la febbre si accende e diviene tosto continua; molte febbri tifoidee sono pure la conse-

guenza di un imbarazzo gastrico trascurato o mal curato. Qualche volta la malattia passa allo stato cronico; gl'individui allora si trovano in uno stato valituario, non possono digerire, si dimagriscono e s'indeboliscono mai sempre; sono tristi, demoralizzati, hanno la pelle arida, spesso soffrono la sera un leggiero movimento febbrile; quasi tutti si crederebbero colpiti da una lesione organica. Ho veduto questo stato lasciato a se stesso durare molti mesi, e svanire solamente dopo l'uso degli evacuant e degli amari, i quali trionfano molto sollecitamente. Dunque a torto si è negata la esistenza della forma cronica dello imbarazzo gastrico. In fatti l'ho veduto molte volte, ed in questi ultimi tempi il Signor Gendrin, nella sua *Médecine pratique*, ed il Signor Crozat, nella sua Thèse (1844) ne citano alcuni esempi.

Lo imbarazzo gastrico è una malattia che va spesso soggetta alle recidive; avvi delle persone che ne sono colpite regolarmente in certe stagioni, altre dopo un errore dietetico.

Complicazioni. — Lo imbarazzo gastrico complica specialmente in certe costituzioni moltissime malattie acute, delle quali cambia allora il carattere, la fisionomia. Si osserva specialmente colle angine, colle bronchiti, le pneumonie, le risipole, colla dissenteria, la febbre tifoidea, colla peritonite puerperale e le piaghe di testa, ec. Senza pretendere cogli antichi che lo stato bilioso sia la causa di tutti gli accidenti che si osservano; senza ammettere con quelli che la bile passata nel sangue è andata a flogosare tale o tale organo, bisogna non pertanto accordare allo imbarazzo gastrico una grande importanza, e combatterlo co' mezzi analoghi; poichè la esperienza ha provato, che facendolo cessare, si modificava spesso felicemente la malattia principale; ciò mi porterebbe a credere che lo imbarazzo gastrico che coesiste con certe malattie acute, ha con queste ultime de' rapporti più intimi di quello lo hanno comunemente tra essi i diversi stati morbosi che si complicano gli uni cogli altri.

Diagnosi. — Lo imbarazzo gastrico si potrebbe confondere solamente colla gastrite acuta leggiera o colla gastrite cronica, ma i dolori più vivi dello epigastrio, la difficoltà di sopportare le bevande più dolci, i vomiti senza sollievo degli ammalati, permettono di stabilire la diagnosi differenziale. Lo imbarazzo gastrico complicato da febbri si accompagna spesso ad un estremo abbattimento, a vertigine, a cefalalgia, e ad una prostrazione tale delle forze, che gl'individui si crederebbero colpiti da febbre tifoidea. Confesso ancora che qualche volta i più abili medici cadono in errore; ma il vomitivo diviene in questo caso la vera pietra di paragone, perchè se avvi solo imbarazzo gastrico, l'indomani la febbre finisce e gl'individui sono coavallescenti; mentre che se trattasi di una malattia tifoidea, gli accidenti possono essere annunziati, ma non interrompe il suo corso.

Pronostico. — Il pronostico non offre alcuna gravezza.

Etiologia. — Lo imbarazzo gastrico è raro nella infanzia ; tutte le altre età vi sono quasi egualmente esposte. Potendo aver luogo in tutte le epoche dell' anno , nel nostro clima è più frequente in està , al principiar dell' autunno , e qualche volta al finir dello inverno , quando una temperatura calda ed umida vien sostituita bruscamente da una temperatura fredda. La vita sedentanea , il soggiorno negli ospedali , il regime esclusivamente animale , o gli alimenti grossolani e di difficile digestione , gli eccessi della tavola , le affezioni morali tristi , la cura mercuriale , specialmente il calomelano , sono le cause la cui azione è meglio stabilita. Lo imbarazzo gastrico è più spesso sporadico , ma può regnare anche epidemicamente o endemicamente.

Cura. — Molti imbarazzi gastrici cedono all' uso delle semplici bevande diluenti acidole , prese fredde ; ma la cura veramente efficace consiste nell' amministrazione di un vomitivo (ipecacuana 1 gram. o emetico 10 a 15 centigram.) o di un emetico catartico (emetico 10 o 15 centigram. , solfato di soda 20 gram.) quando lo imbarazzo gastrico si complica ad imbarazzo intestinale : o pure in questi casi si amministra un leggiero purgativo dopo il vomitivo. Crediamo essere cosa indifferente amministrare lo emetico o la ipecacuana , diciamo però che il Signor Martin-Solon , il quale a studio questa quistione col talento e la coscienza che gli sono propri , preferisce la radice del Brasile , ch' egli considera quasi come specifico. Gli antichi erano soliti preparare all' azione del vomitivo sottomettendo gli ammalati pel corso di uno a due giorni all' uso delle bevande diluenti. Però non sono ancora persuaso sulla utilità di una pratica semplicemente consigliata per obedi- ad una indicazione puramente ipotetica ; oltre a che non bisogna tardare l' amministrazione del vomitivo , perchè abbi- am veduto che lo imbarazzo gastrico abbandonato a se stesso , si trasformava qualche volta in febbre continua. Raramente si è costretto dovere amministrare un secondo vomitivo. Dopo questo metodo , se trattasi della forma mucosa o atonica , conviene sostituire le bevande subacide dalle tisane amare , preparate colla cicoria selvaggia , colla piccola centaurea , colla scorza di cet- ro verde. In seguito alimentano gli ammalati per gradi. Quando lo imbarazzo gastrico si complica ad uno stato pletorico , conviene in generale far precedere il metodo evacuante coll' uso de' salassi. Nella sua forma cronica , lo imbarazzo gastrico richiede gli stessi mezzi , ma ripetuti molte volte. Quando la costipazione è ostinata i dolci lassativi amministrati per la bocca vengono sostituiti con vantaggio da' clisteri di senna ; le bevande acidole gassose , i bagni tiepidi , se la pelle è arida , sono i mezzi adjuvanti per trionfare del male.

Natura. — Gli ammalati non morendo mai, s' ignora quale sia lo stato anatomico dello stomaco e degli altri organi digestivi nello imbarazzo gastrico: quindi gli autori hanno dato su di ciò moltissime ipotesi che non possono essere affatto giustificate. Gli uni altro non han veduto nella forma mucosa meno che un perversimento nella secrezione della membrana gastrica o delle cripte mucipare; altri han creduto piuttosto alla presenza di un umore viziato nelle vie alimentizie, il quale stimolandole oltre misura dava luogo a tutti i fenomeni morbosi. Del pari nella forma biliosa, gli uni han creduto ad un' alterazion primitiva della bile, la quale, in ragione delle sue novelle proprietà, sarebbe la causa de' diversi accidenti, sia che agisca per contatto sugli organi digestivi, o pure sulla economia intiera dopo essere stata assorbita. Molti hanno fatto dipendere i disturbi della secrezion biliare da una malattia primitiva degli organi digestivi e de' loro annessi, affezione che spiegherebbe, secondo loro, le reazioni che si osservano sugli altri sistemi della economia. Però nello stato attuale della scienza, torna impossibile risolvere il problema, e convien meglio confessare la nostra ignoranza anzichè abbandonarsi alle idee speculative che non vanno sempre esenti da pericolo. Quel che avvi di certo di perfettamente stabilito, è che lo imbarazzo gastrico non è affatto una infiammazione: in fatti si è potuto giudicare quanto i sintomi siano differenti da quelli della gastrite; infine abbiám veduto che à per specifico i medicamenti irritanti la cui azione è rapidissima, quasi istantanea, ciò che impedisce di ammettere che agiscono solamente a titolo di agenti sostitutivi, come succede per esempio del nitrato di argento nellé congiuntivi.

DELLO IMBARAZZO INTESTINALE

Il tubo intestinale presenta spesso uno stato malaticcio analogo a quello che lo stomaco presenta nello imbarazzo gastrico. Riconosce le stesse cause di quest' ultimo, e coesiste spesso con esso. È caratterizzato da un senso d' incomodo, d' imbarazzo nello addome, da sensazioni dolorose mobili e passeggere in diversi punti del ventre, da borborigmi, da uno stato abituale di costipazione, o da un poco di diarrea fetida; le materie sono biliose; gli ammalati hanno inappetenza, mal essere ed un senso dispezzamento nelle membra.

A questo stato, che à il corso, la durata dello imbarazzo gastrico senza degenerare così facilmente in febbri continua si oppongono le bevande diluenti ed un blando purgativo, che bisogna ripetere per due o tre volte.

DELLA COSTIPAZIONE

Convien definire la *costipazione* col Signor Chomel, lo stato di un individuo le cui evacuazioni alvine sono rare e le materie evacuate, dure e laboriosamente escrete. Quindi la parola costipazione risveglia la idea di ritenzione delle materie fecali: per cui non potrebbe applicarsi a' casi ne' quali la mancanza degli scarichi dipende dalla vacuità dello intestino siccome accade dopo le diarree abbondanti, dopo un'astinenza prolungata o ne' restringimenti del piloro.

La costipazione costituisce per molte persone uno stato fisiologico; così avvi individui che godono di una perfetta salute quantunque non vadino del corpo che in ogni 4, 5, 7, 8 ed anche 10 giorni. Non dobbiamo però occuparci di questi casi particolari.

Accidenti prodotti dalla ritenzione delle materie fecali. — Quando la costipazione non conta che pochi giorni, gl'individui si lagnano di alcuni dolori lombari; hanno la bocca pastosa, borborigmi; il ventre è teso alquanto meteorizzato; la testa pesante: avvi qualche volta sonnolenza e stordimento. Palpando il ventre con cura, si scorge spesso lungo il colon, specialmente nell'una o nell'altra delle fosse iliache, alcuni tumori duri, protuberanti, matti alla percussione: si spostano qualche volta colla pressione che si esercita su di essi: spariscono spesso da un momento all'altro o almeno si trovano in un punto più vicino al retto. Altre volte le fecce, essendo solamente accumulate in quest'ultimo intestino, il tatto addominale non può mostrarne l'esistenza, ma si sentono introducendo il dito nel retto o nella vagina. Quando la costipazione dura ancora, il meteorismo aumenta, le anse intestinali si scolpiscono a traverso le pareti del ventre, l'appetito è completamente perduto, vi sono nausee, poi vomiti, e tosto tutti i sintomi pericolosi che accompagnano la chiusura degl'intestini, qualunque sia la causa che la determina. Se l'ostacolo ha sede presso gli sinteri, gli ammalati si lagnano di un senso di peso incomodo verso l'ano; hanno desideri continui di andar del corpo, la escrezione dell'urina è difficile, infine i clisteri non possono penetrare e vengono respinti al di fuori a misura che si spingono. Introducendo allora il dito nel retto, si determina la natura dell'ostacolo: questo consiste ora in un tumore emorroidale, ora in un imbrigliamento fibroso, ora in un restringimento organico o in un semplice accumulo di materie fecali, le quali hanno qualche volta acquistato una durezza lapidea, e formato un tumore solido completamente immobile, siccome incavato nel bacino, e che,

può produrre una compressione sugli organi vicini, specialmente su i vasi emorroidali, sull' utero, la vescica, il plesso sciatico cc. Ciò spiega il prodotto di tumori emorroidali esterni, lo stato di anteversione dell' utero, la disuria, e certi dolori nevralgici nella direzione del nervo sciatico, accidenti i quali infatti, accompagnano qualche volta lo accumulo considerabile di fecce nel retto. Se il tumore stercorale risale sin nella fossa iliaca, si può pure osservare l' edema del membro corrispondente, in ragione della compressione ch'è esercitata sulla vena iliaca corrispondente.

I tumori stercorali che riempiono così il retto, e gli fanno subire qualche volta un enorme dilatamento, possono in alcuni casi essere attraversati da un canale stretto, che permette ad una certa quantità di materia intestinale liquida o semi solida, segregata al di sopra dell'ostacolo, di uscir fuori tutti i giorni. Questa diarrea ne à imposto qualche volta, ed à fatto sconoscere la ritenzione delle materie fecali, quantunque questa costuisse non pertanto tutta la malattia. La diarrea che osservasi negl' individui colpiti da costipazione non riconosce però sempre la stessa origine: qualche volta dipende secondo il Signor Roche, 'dal perchè le materie indurate irritano col loro contatto la mucosa intestinale, e provocano un'abbondante secrezione di mucosità che sciolgono e portan via gli strati più superficiali delle fecce. Infine la segregazione diarroica à luogo qualche volta nella porzione dello intestino situata al di sotto dell' ostacolo; in questo caso, esso non subisce alcuna modifica, alcun cambiamento.

In generale, gl' individui costipati fanno degli sforzi inauditi per espellere le materie fecali indurate che distendono lo intestino crasso. Il più delle volte non si sbarazzano che di una piccola quantità di fecce dure, nerastre, secche, che qualche volta escoriano, lacerano nel loro passaggio la mucosa dell' ano. Altre volte per lo contrario, questi ammalati, presi istantaneamente da desiderio irresistibile di andar del corpo, espellono ad un tratto e senza sforzi una enorme quantità di materie fecali: si dice allora che avvi *sbocco* (*débacle*). Quando lo intestino si vuota in tal guisa di botto, lungi dal provar sollievo, molti ammalati, si sentono come annichiliti, prostrati, alcuni cadono pure in una sincope. In fine avvi un' ultima classe di malati costipati, i quali espellono di tempo in tempo e senza sforzi una certa quantità di materie fecali, senza che il loro retto sia meno disteso dopo questo scarico. Questi espellono il soverchio, e presentano per lo intestino un fenomeno analogo a quello che offre la vescica, quando l' urina che la distende vien fuori, come suol dirsi, per rigurgito.

Diversi accidenti possono essere prodotti dallo stato di costipazione: così il semplice accumulo di materie fecali nello intestino crasso provoca e sostiene le cefalalgie ostinate, le congestioni cerebrali, diversi disturbi dello stomaco, e gli accidenti di compressione negli organi delle pelvi; nelle donne, certe leucorree altra causa non riconoscono meno che uno stato abituale di costipazione. Da un'altra parte, gli sforzi per andar del corpo hanno prodotto la rottura de' tumori aneurismatici, o determinato le emorragie cerebrali, i prolassi del retto, dell'utero, della vagina: infine la durezza delle materie e gli sforzi per espellerle producono le fessure, le lacerazioni, e lo strozzamento de' tumori emorroidali. Lo accumulo delle fecce nello intestino crasso è anche una causa attiva di ernie. Queste possono essere il risultato degli sforzi de' malati per andar del corpo: ma il loro prodotto è pure favorito da una disposizione sulla quale il Signor Toulmouche à fissato l'attenzione poco tempo fa, disposizione consistente in uno spostamento qualche volta considerabile che subisce lo intestino crasso. Quando le fecce hanno disteso sopra un punto, questo spostamento può esser tale che lo intestino forma una specie di ansa, e che immerge sin dentro la cavità del bacino.

Vinta la costipazione si riproduce per lo più con estrema facilità: qualche volta alterna colla diarrea. La costipazione può avere un esito funesto: la morte à luogo allora con i sintomi di uno strozzamento interno o di una peritonite perperacuta, quando lo intestino essendosi cangrenato o lacerato per effetto del distendimento, le materie fecali sono uscite nel ventre.

Diagnosi. — La diagnosi della costipazione è quasi sempre facile; bisogna però ricordarsi esistere molte cause di errore: quindi gli ammalati possono andar del corpo per troppa pienezza soltanto: altri hanno diarrea, senza che la costipazione cessi. In tutti questi casi bisogna esplorare il ventre accuratamente, e praticare il tatto pel retto, il quale potrà far conoscere non solo l'accumulo delle fecce, ma spesso la causa organica che si oppone alla uscita regolare degli escrementi. I tumori stercorali, situati sul tragitto del colon, non si confonderanno mai, siccome è accaduto troppo spesso, con un ascesso, con i gangli indurati, o pure con una degenerazione scirroso, se si porrà mente che i tumori fecali non sono affatto o poco dolorosi sotto la pressione, che essi si spostano o spariscono da un momento all'altro colla sola contrazione delle anse intestinali, o pure dopo l'amministrazione di un purgante.

Pronostico. — Il pronostico non offre nulla di grave, se la costipazione è costituzionale, e se non oltrepassa certi limiti; essa è pericolosa se si liga ad una lesione organica, e se lo accumulo delle fecce è tale da produrre i sintomi di uno strozzamento interno.

Etiologia. — Gli individui di un temperamento linfatico sono i meno soggetti alla costipazione; questa affetta in particolare gli adulti ed i vecchi, le donne, quelli che menano una vita sedentanea. In quest' individui, la costipazione essendo uno stato abituale, si dice *costituzionale*. Però è pure luogo accidentalmente in seguito di un alimento succulento, dell' uso de' medicamenti astringenti e narcotici, per difetto di esercizio, specialmente quando le persone sono obbligate di restar lungo tempo immobili in un letto o in una vettura. In fine avvi una costipazione che può chiamarsi *organica*, può riconoscere come causa un ostacolo meccanico nel corso delle materie stercorali: quindi tutti i tumori potendo comprimere lo intestino, le degenerazioni delle pareti di quest' organo, avendo per effetto di restringere o di chiudere il suo calibro, sono altrettante cause di costipazione. Si è detto ancora che questa poteva dipendere qualche volta da una specie d' energia delle membrane intestinali, le quali si lasciano distendere passivamente dalle fecce senza reagire su di esse. Infine si è pur preteso che vi era una costipazione prodotta dalla diminuzione nella qualità de' liquidi esalati dalla membrana mucosa, il che rendeva le materie fecali più consistenti e le impediva di scapparvia facilmente. A questa causa alcuni rapportano la costipazione ch'è uno de' caratteri sintomatici più costanti della colica saturnina.

Cura. — Quando la costipazione non dipende da un ostacolo meccanico, si vince facilmente mediante uno o molti clisteri semplici, oliosi o lassativi, o pure amministrando per la bocca un purgante più o meno energico. Se la costipazione è abituale, bisogna tentare di renderla meno ostinata, meno penosa, consigliando allo ammalato un regime convenevole, come un moderato esercizio, l'uso degli alimenti erbacei, de' frutti subacidi; infine, se il regime è insufficiente, faranno uso di tempo in tempo di clisteri o di alcune pillole purgative, specialmente di aloe.

Quando il retto è disteso da un ammasso di materie fecali indurate, e quando gli sforzi di contrazione non possono operarne la uscita, quando i clisteri sono insufficienti per portarle via o ammolirle, bisogna estrarle con un manico di cucchiaino, o meglio col dito indice. Quando la massa comincia a cedere, un semplice clistere freddo o una docciatura ascendente sono sufficienti per aspellere la totalità delle materie. Se la costipazione dipende da una lesione organica, si cercherà di distruggere questa, e se torna impossibile, s' impiegheranno i mezzi palliativi adattati. Queste lesioni avendo tutte per effetto di restringere lo intestino, bisogna dilatare l'organo colla introduzione degli stuetli o delle candelette. Quando la costipazione si accompagna ad accidenti di strozzamento, se il tumore fecale, collo-

eato in alto, è inaccessibile al dito, non avvi altro mezzo per espellerlo, che risvegliare, sopraeccitare la contrattilità intestinale mediante i purganti violenti (aloe, gialappa, scamonea, olio di croton, coloquintida), coll'uso delle doccature ascendenti fredde dirette sul retto, sullo addome, coll'applicazione del freddo sul ventre, al perineo, alla pianta de' piedi.

DELLO INVAGINAMENTO INTESTINALE O VOLVOLO

Co' nomi di *volvolo* o *invaginamento intestinale* si deve intendere una malattia anatomicamente caratterizzata dalla penetrazione o introduzione con rovesciamento di una quantità più o meno considerabile d'intestino in un'altra porzione dell'organo situata ordinariamente al di sotto della prima. Un dito di quanto rovesciato a metà imita molto esattamente la disposizione che presenta un intestino invaginato.

Frequenza e caratteri anatomici. — Gl'invaginamenti sono comunissimi; se ne osservano uno o molti su' cadaveri degli individui che perirono per diverse malattie. Essi occupano allora quasi sempre la metà o lo estremo dello intestino gracile; presentano una piccola estensione soltanto (di 2 a 6 o 8 centimetri), e siccome non è stato osservato durante la vita alcun fenomeno che loro si fosse potuto rapportare, bisogna supporre che han dovuto formarsi durante l'agonia o negli ultimi momenti della vita.

Non accade del pari negl'invaginamenti più estesi: quelli si formano di rado a spese dello intestino crasso o del gracile soltanto, ma quasi sempre, cioè dieci volte su dodici, sono costituiti dall'uno e dall'altro contemporaneamente. Quindi quasi sempre gl'invaginamenti hanno luogo dall'alto in basso; così è che, ne' casi più comuni, si vede lo estremo dello intestino gracile rovesciarsi nella cavità del cieco; questo, trasportato, s'invagina a suo tempo nel colon ascendente, e più tardi nel colon trasverso e discendente. Si è pure osservato (siccome vien provato da un caso rapportato da Hévin, mostrato all'accademia di chirurgia) il cieco invaginato e rivoltato protuberante fuori dell'ano. In alcuni casi rari però, si è veduto lo invaginamento aver luogo dal basso in alto, cioè che la parte inferiore dello intestino si è introdotta e rovesciata nella parte superiore; così sono stati veduti una volta i colon ascendente e trasverso invaginarsi nel cieco; in un altro caso, il cieco penetrare nello intestino gracile.

La proporzione d'intestino così invaginata è generalmente rossastra, violacea; il più delle volte torna difficile rimettere le parti al loro sito a causa delle aderenze spesso interne che si

sono stabilite tra le due superficie sierose che an dovuto addossarsi l'uno sopra l'altra in seguito del rovesciamento dello intestino. Spessissimo si è trovata la parte invaginata nerastra, friabile, ammolita; ma al livello del punto ove la separazione è succeduta, lo intestino rimane spesso, indurato, e la sua cavità è più o meno ristretta.

Infine negl'individui che muoiono dietro un invaginamento, si trova, come in tutte le altre forme dell'ileo, la porzione dello intestino situata al di sotto vuota e contratta; spesso infine esistono uno o molti perforamenti ed una peritonite generale con versamento stercoraceo o pur no.

Sintomi. — Abbiamo detto che i piccoli invaginamenti dello intestino gracile non producevano alcun disturbo; non accade del pari di quelli che si estendono sopra una gran lunghezza specialmente quando si formano in parte o in totalità a spese dello intestino crasso. In questo caso si vede nel terzo degl'individui, la malattia sviluppare bruscamente e presentare tutti i fenomeni dello chiusura intestinali. Nel terzo degli individui, per lo contrario, lo invaginamento avendo luogo lentamente, gli ammalati provano per molte settimane o molti mesi diversi cambiamenti negl'organi digestivi, come coliche, alternative di diarrea e costipazione, meteorismo e vomiti. E' in mezzo di questi accidenti che vengono in seguito, sia bruscamente sia in modo progressivo, i sintomi di chiusura intestinale. Però questa non è sempre completa come nelle altre specie d'ileo; infatti alcuni ammalati, continuano ad andare del corpo ed espellono dall'ano i gas, anche ad un'epoca molto vicina alla morte; però il meteorismo, il distendimento estremo del ventre, i vomiti di bile e di materia fecale indicano non pertanto che esiste un ostacolo considerabile. Se lo invaginamento è esteso ed occupa l'intestino crasso, si potrà, osservando attentamente il ventre, avvertire un tumore renitente e matto sul tragitto del colon. Infine ne' casi rari ove si estende sin nel retto, si opporrà alla introduzione de' clisteri, ed il dito portato nello intestino lo farà distinguere facilmente. La porzione invaginata si cangrena qualche volta. Se la vita si prolunga per qualche tempo, l'escara si distacca ed è eliminata dall'ano. La scienza possiede circa quaranta esempi di questo esito della malattia: quasi tutti questi casi sono stati riuniti ed analizzati dal dottor W. Thomson nel *Journal d'Edimbourg* (ottobre 1833). Due anni prima però delle ricerche del medico inglese, un abile osservatore, il Signor Gyllier di Claubran, avea pure studiato questo punto curioso della storia del volvolo in un lavoro inserito nel *Journal hebdomadaire*. La eliminazione di cui è parola succede raramente prima della fine del primo settenario; nella quasi totalità de' casi a luogo tra la seconda e terza settimana. Essa è

preceduta per molti giorni da scarichi nerastri, fetidi, di un odore cadaverico, spesso sanguinolenti; quasi sempre, secondo le osservazioni del Signor Gaultier de Claubry, del sangue puro ed in gran quantità, tosto che la porzione d'intestino cangrenata è stata eliminata. In tal guisa si sono veduti ammalati emettere in una o molte volte da 15 a 18 centimetri d'intestino sino alla lunghezza di 120 centimetri. Ne' due terzi de' casi, questa perdita di sostanza a luogo a spese dello intestino gracile; nonostante ciò sono stati veduti ammalati ristabilirsi prontissimamente. Però quasi tutti periscono; gli uni muoiono di peritonite gli altri spossati dalla diarrea e da' patemi. Quelli che sopravvivono dopo questa mutilazione dello intestino possono soffrire più o meno in prosieguo. Molti provano stiramenti nel ventre, ed una difficoltà più o meno grande a radrizzare il tronco, forse, in seguito di qualche aderenza contratta tra lo intestino e la parete addominale: questi accidenti si calmano però a poco a poco e gl'individui ritornano al loro stato ordinario di salute. Si comprende però che se la cicatrice a luogo in modo vizioso, può risultarne un restringimento dello intestino che esporrà più tardi lo ammalato a tutti gli accidenti che abbiamo enumerati parlando di questi ultimi. Disgraziatamente quasi tutti muoiono prima che la porzione invaginata abbia avuto il tempo di essere eliminata, ed anche prima che la cangrena abbia potuto prodursi. La morte a luogo come negli strozzamenti interni per spossamento o per peritonite, sia che questa abbia luogo dietro la rottura dello intestino, sia per continuità di tessuto.

La mortificazione della parte invaginata e la sua eliminazione sono la sola speranza di guarigione che esite per gli ammalati; perchè se lo invaginamento è esteso, specialmente se a luogo nello intestino crasso, ci sembra impossibile che potesse finire spontaneamente; i movimenti peristaltici debbono tendere, per lo contrario, ad aumentarlo mai sempre.

Diagnosi. — Nello stato attuale della scienza crediamo che un invaginamento può solo *sospettarsi*, ma mai giungere ad una precisa diagnosi, almeno nella maggior parte de' casi. Dance cui è dovuto un bel lavoro sulla malattia della quale è parola, inserito nel 1826, nel primo volume del *Répertoire d'anatomie e di physiologie*, aveva notato come segno patognomonico degl'invaginamenti dello intestino crasso, una depressione sul lato destro dello addome prodotta dallo spostamento del cieco e del colon i quali portandosi verso il fianco sinistro, produrrebbero per lo contrario in questi punti un tumore longitudinale più o meno voluminoso. Ma noi crediamo che la depressione sulla fossa iliaca destra ed il fianco corrispondente deve essere una circostanza rara: l'abbiamo ricercata in vano in due casi; oltre a chè la sua mancanza non è niente di sorprendente, perchè si compren-

de che lo intestino gracile disteso deve riempere il vuoto che lasciano il cieco ed il colon ascendente mentre si spostano. Il distendimento gassoso ordinariamente considerabile del ventre impedisce pure di poter ben distinguere il tumore che camina sul tragitto de' colon trasverso e discendente; se questo si discrovisse, dovrebbe, ravvicinato a' disturbi funzionali che si osservano, dare molta probabilità alla diagnosi.

Pronostico. — Il pronostico è estremamente grave. In fatti si è veduto quanto erano poco numerose per gli ammalati le speranze di guarigione.

Etiologia. — Il più delle volte la malattia à luogo senza causa manifesta; però molti individui sono stati colpiti da invaginamento in seguito dell'uso intempestivo di un purgante drastico che agisce eccitando vivamente le contrazioni intestinali. Si è veduto in due casi, e noi ne possediamo un esempio, un polipo peduncolato della mucosa, spinto dalle contrazioni peristaltiche, portar via la porzione dello intestino alla quale aderiva ed invaginarsi con essa.

Cura. — L'arte è quasi impotente contro gl'invaginamenti. I purganti, che sono di un uso volgare in tutti i casi di chiusura degl'intestini, sono qui più nocivi che utili; perchè lo invaginamento avendo luogo quasi sempre dall'alto in basso, debbono, eccitando le contrazioni peristaltiche, tendere ad aumentarlo. Si comprende ancora che le palle del mercurio, tanto raccomandate dagli antichi, debbono, anzichè disimpegnare la porzione invaginata, affondarla di più. I soli mezzi razionali ad impiegarsi ne' casi d'invaginamento sono i bagni tiepidi, l'applicazione del freddo allo esterno mediante una vescica ripiena di ghiaccio, le larghe coppe a vento sull'addome; si amministerranno pure le bevande ed i clisteri freddi ed anche ghiacciati. L'operazione della gastrotomia, è, in questo caso, irrazionale ed anche impraticabile.

DEL DIABETE

Sinonimia. — Diabete, flisuria zuccherata, glucosuria; *urinae profluvium*, *lienteria urinalis*, *diabetes mellitus*, *anglicus*, ec. Diabete viene da *διαβαίνω* io passo a traverso.

Gli autori hanno lungo tempo confuso sotto il nome di diabete affezioni differentissime; ora però convien riserbare questa parola per denominare una malattia caratterizzata dalla presenza nella urina di una quantità più o meno considerabile di zucchero di secola, e che si accompagna ad una sete viva, ad un aumento più o meno considerabile nello appetito ed a depauperamento.

Dietro questa definizione, generalmente adottata a' giorni nostri, torna inutile far conoscere tutte le definizioni ammesse da lungo tempo del diabete, e che quasi tutte erano poggiate sopra dati ipotetici. Sino a questi ultimi tempi tutti erano di accordo per conoscere due specie di diabeti, uno tal quale lo abbiamo definito (*Diab. Zuccherato*), l'altro caratterizzato soltanto da un flusso di urina, ma senza presenza di zucchero: era questo il diabete *non zuccherato*, malattia complessa che comprende probabilmente molti stati morbosì, uno de' quali però ed il più rimarcabile è la *poliuria*, che abbiamo descritta nel primo volume.

Storia. — Sembra che prima di Celso nessun autore abbia conosciuto il diabete. Le indicazioni e le descrizioni che si trovano nelle opere di Celso, Areteo e Galeno sino a Willis, sono poco precise, poichè la diagnosi della malattia poggiava allora solamente sull'abbondanza della secrezione urinaria. Però Willis, avendo detto nel 1764 che nel diabete l'urina era zuccherata, provocò le ricerche de' chimici. Ma solo nel 1775 Pool e Dobson, e specialmente Cowley tre anni dopo, dimostrarono nella urina la presenza dello zucchero. Da quest'epoca in poi, le ricerche sul diabete sono state numerosissime; citeremo in particolare, per l'Inghilterra, il distinto lavoro di Rollo e di Prout; in Francia, le ricerche di Nicolas e Guédeville di Caen; quelle di Dupruiyren e Thenard, un buono articolo del Signor Bell, una eccellente tesi del Signor Contour (1844). però dobbiamo far menzione nel modo più onorevole de' bei lavori del Signor Bouchardat, inseriti in due de' suoi annuali (1841 e 1846) lavori che avremo occasione di citare frequentemente nel corso di questo articolo.

Anatomia patologica. — Non esiste alcun carattere anatomico proprio al diabete. I reni specialmente sono quasi sempre esenti da qualunque specie di alterazione: in alcuni casi sono la sede di prodotti accidentali (calcoli, idatidi, ec). Sono stati veduti anche atrofiati; la lesione però più comune è una ipertrofia che osservasi su i due reni ad un tempo. Queste lesioni forse altro non sono che complicazioni; oltre a chè la ipertrofia si spiega per lo aumento di azione degli organi. In tutti o quasi tutti gli ammalati che periscono per i progressi della malattia, si trovano pure alcune lesioni gravi ne' polmoni, come la pneumonia o i tubercoli a diversi gradi di sviluppo. Le alterazioni che osservansi negli altri visceri, specialmente verso gli organi digestivi non differiscono da quelli che si sviluppano nel corso delle altre malattie croniche.

Sintomi. — Il diabete si sviluppa quasi sempre in un modo oscuro; gli ammalati dopo aver presentato per un tempo più o meno lungo mal'essere, diminuzione del grasso, delle forze

o diversi disturbi degli organi digestivi, specialmente un acidità delle più incomode nella bocca e nella gola, una saliva densa ed un aumento della sete, si accorgono di un cambiamento notevole nella secrezione urinaria. Infatti questa aumenta progressivamente di attività, al punto che certi ammalati hanno emesso sino ad 82 chilogrammi di liquido (Baumes) e forse anche 100 nelle ventiquattr' ore; ne segreghino in media 5 ad 8 nel corso del giorno. Però questa supersecrezione di urina non è un fenomeno costante; in fatti non è raro trovare diabetici ne' quali l' urina non è più bondante di quello lo è nello stato normale. Se allora contiene molto zucchero, à, come in un caso citato da Watt, lo aspetto di uno sciroppo alquanto chiaro. La quantità di urina segregata è quasi sempre in rapporto con quella delle bevande trangugiate nelle ventiquattr' ore; non pertanto si citano alcuni casi ne' quali la proporzione di urina emessa in un tempo dato era alla quantità delle bevande prese nello stesso spazio come 5 : 1; ma questi fatti sono eccezionali. Oltre a chè qualunque sia la quantità dell' urina segregata, questo liquido presenta delle distinte proprietà fisiche e chimiche; essa è meno colorata della urina normale; il suo odore è quasi negativo, o pure insipido come quello del latte; conservata, non esala affatto o pure poco odore ammoniacale dopo alcune ore; il suo sapore è zuccherino. E' quasi sempre acido; il suo peso specifico è molto; varia fra 1, 020 e 1, 074 alla temperatura di 12° centigradi (Bouchardat): i signori Martin-Solon e Contour han trovato, dopo una serie di esperienze, 1, 027 per minimo, ed 1, 049 per massimo. Subisce la fermentazione alcoolica, a causa dello zucchero che contiene; per questa stessa ragione collocata nello apparecchio di Biot, à la proprietà di deviare a destra la luce polarizzata siccome lo farebbe una soluzione di zucchero di fecola.

Lo zucchero estratto dalla urina de' diabetici è identico allo zucchero di fecola o di nva. (Chevreul); è in maggiore o minore bondanza. Il Signor Bouchardat à analizzato le urine che ne contenevano sino ad un settimo del loro peso, mentre altre ne contavano soltanto un trentesimo. La sua quantità sarebbe in rapporto, secondo lo stesso chimico, colla proporzione di fecola contenuta negli alimenti. Gli autori, dopo il Signor Thenard, avevano pure parlato di uno *zucchero insipido* in certe urine di diabetici; ma il Signor Bouchardat sembra aver dimostrato che questo preteso zucchero insipido altro non è che un miscuglio di zucchero di fecola ordinaria, di lattato di urea, di soda di cloruro di sodio e di una materia estrattiva. Quando lo si trova, sembra indicare che la malattia è ancora poco avanzata, o che trovasi al suo declinare.

Le ricerche esatte fatte in Inghilterra da Mac Gregor e Kane, ed in Francia dal Signor Bouchardat, ec., hanno provato quanto era erronea la opinione che à regnato per lungo tempo e che forse regna ancora, cioè, che le urine de' diabetici non contenevano nè acido urico nè urea. In fatti altre analisi più esatte hanno dimostrato in questo liquido la presenza dell'acido urico: questo vi era qualche volta così abbondante da formare le concrezioni, siccome i Signori Bell, Rayer Bouchardat ne rapportano degli esempi. Quest'ultimo à trovato in oltre che la proporzione di urea era ne' diabetici, come negl' individui sani, in rapporto colla quantità di alimenti azotati presi nelle venti-quattr' ore. Infine nell'urina diabetica si è pur rinvenuto eccezionalmente l'acido ippurico e l'albumina. Quest'ultimo prodotto non si vede, secondo il Signor Thenard e Dupuytren, se non quando la malattia retrocede, mentre che Prout lo à estratto solamente nella forma più grave. Il Signor Bouchardat sembra essere giunto allo stesso risultato.

La urina de' diabetici, soggetta a grandi variazioni, in generale viene espulsa senza dolore, ad intervalli più o meno ravvicinati; in molti, i desideri di urinare hanno luogo istantaneamente e sono tosto imperiosissimi. Per dar termine a ciò che trovasi in rapporto cogl' organi genito-urinari, diremo che, ne' diabetici, i desideri venerci sono spenti: si è anche preteso che la spermatizzazione non avea più luogo, ciò però si avvera soltanto al terzo periodo della malattia. I sintomi presentati dagli organi digestivi sono molto rimarchevoli; quasi tutti i diabetici hanno appetito irregolare, vorace, spinto qualche volta sino alla bulimia: amano lo zucchero, il pane e gli altri alimenti dotati di fecola: almeno è questo un fatto sul quale à molto insistito il Signor Bouchardat. La sete è più energica della fame; essa è uno de' sintomi che fissano l'attenzione del medico e dello ammalato. Secondo il Signor Bouchardat, sarebbe in ragion diretta della quantità del pane o della sostanza zuccherata e fecolenta che gli ammalati mangiano. Questo abile chimico à calcolato che i diabetici bevono 3, 500 gramme di acqua per una quantità di pane che rappresenta 500 gramme di fecola. Comunque grande però potesse essere la voracità, quasi tutti gli ammalati digeriscono facilmente la quantità qualche volta enorme degli alimenti che divorano; però alcuni individui, specialmente ad un periodo avanzato della loro malattia, presentano rutti acidi; le loro digestioni sono lente, penose; avvi costipazione o diarrea, ed anche vomiti. In questi casi eccezionali la lingua covresi pure d'intonaco, le gengive divengono molli e gemono sangue, il fiato esala un odore acido penetrante. In mezzo a questi sintomi, il polso è senza frequenza, la pelle senza calore, ma arida; la respirazione è libera, ma le forze e

la grassezza diminuiscono, e gli ammalati cadono nella tristezza e nello abbattimento.

Infine l'analisi chimica à fatto scovrire molte alterazioni de' liquidi escrementizi, come anche del sangue. In fatti, la urina non sembra essere il solo fluido della economia che contiene lo zucchero: Mac Gregor, per esempio, à trovato questo stesso prodotto nella materia de' vomiti, negli scarichi ventrali e nel sudore. La saliva non solo è acida (Bouchardat e Dumas), ma sembra indubitato che contenga del pari lo zucchero; almeno vien ciò provato dalle esperienze di Mac Gregor, ripetute moltissime volte da' signori Martin-Solon e Contour. Infine si è osservato che il sangue conteneva più siero e meno fibrina, e secondo Rollo, Ambrosiani, Mailland, Mac Gregor, Rees e Bouchardat, conteneva del pari una certa quantità di zucchero: però questo fatto è stato negato da' chimici abili, specialmente da Vauquelin e d'Arcet, da Wollaston e Marcet, dal Signor Guibouri, ec. Questa opposizione ne' risultati ottenuti da' uomini egualmente raccomandevoli, si spiegherebbe, secondo il Signor Bouchardat, per le differenti condizioni nelle quali si trovano gli sperimentatori. Così, secondo lui, quando si analizza il sangue estratto dalla vena due o tre ore dopo il pranzo, si trova sempre lo zucchero, mentre che questa sostanza diviene tanto meno percettibile in quanto che si allontana di più da questa epoca: infine se lo ammalato si è astenuto da qualunque alimento per lo spazio di dodici o quindici ore, le urine, non contengono più che le tracce di zucchero ed il sangue non ne contiene affatto. Bisogna del pari sapere che se non si procede all'analisi del sangue poco dopo la estrazione, se per esempio si attende ventiquattr'ore, lo zucchero contenuto in questo liquido può scomparire intieramente per la sua conversione in acido lattico (Bouchardat). Quando ciò à luogo, il siero à una reazione alcalina molto minore; però non è giusto dire, col Signor Mialhe, che questo stato costituisce lo stato normale del sangue nei diabetici. Le esperienze comparative del Signor Bouchardat ànno provato che analizzando il sangue poco dopo essere estratto dalla vena, vi si rinveniva una reazione alcalina molto pronunziata quanto nelle persone di buona salute. Diciamo dando termine, che il sangue de' diabetici è anche rimarchevole per la proporzione minore dello elemento globulare, siccome lo provano le ricerche de' signori Henry figlio, Soubeiran e Lecanu. (1)

Corso, durata. — Il diabete à in generale un corso progressivamente lento: i sintomi rimangono qualche volta staziona-

(1) Sembra che lo zucchero può esistere nel sangue senza che sia necessariamente segregato da reni. Risulta dalle esperienze fatte dal Signor Magendie che il sangue degli animali durante la digestione de' feculenti

ri; alcuni possono ammansirsi, ma la malattia retrocede raramente. Il diabete dunque è quasi sempre un corso continuo. I casi di diabete divenuti mortali dopo uno o due mesi sono eccessivamente rari, e bisogna dubitare della maggior parte di quelli, i quali rapportati da alcuni autori, avrebbero persistito moltissimi anni, perchè questi fatti appartengono evidentemente alla poliuria anzichè al diabete. Il Signor Contour però cita, secondo il Signor Bassereau, lo esempio di un medico il quale, dopo trent'anni, sarebbe colpito da diabete zuccherato, senza che questa malattia lo avesse impedito di attendere alle cure abituali della sua clientela; questa felice eccezione però non saprebbe contraddire la regola generale che abbiamo stabilita.

Complicazioni. — Di rado i diabetici periscono per i soli progressi della malattia; in fatti quasi tutti muoiono per qualche malattia intercorrente, come la pnenmonia. Nel maggior numero si formano pure i tubercoli polmonali; e, cosa degna di attenzione, a misura che questi prodotti accidentali si sviluppano, la proporzione dello zucchero diminuisce nelle urine, qualche volta non se ne trova nè anche la traccia, il che potrebbe far credere una miglìoria o una guarigione che in realtà non esiste.

Esito. — Alcuni mettono in dubbio una guarigione completa radicale del diabete. Il Signor Rayer sostiene questa proporzione alla quale consentiamo. In fatti, le guarigioni che si dice aver ottenuto sono state sempre momentanee. G. Frank, avvertito della frequenza delle ricadute, à detto che non si era sicuro della guarigione del diabete prima che un anno e più fosse scorso senza che la malattia avesse recidivato.

Diagnosi. — Tutta la diagnosi si riduce a vedere la presenza dello zucchero nella urina. Ciò non pertanto non bisogna dimenticare che in alcuni diabetici la quantità dell'urina è poca ed anche non è affatto aumentata: gli ammalati allora non presentano per nulla il sintomo della febbre o ad un grado debolissimo; solamente si dimagrano, perdono le loro forze, si depauperano a poco a poco ma senza febbre etica. La conoscenza di questo fatto dovrà menarci ad esaminare attentamente la secrezione urinaria in quelli il cui depauperamento non può essere spiegato da alcuna delle cause che lo producono il più delle volte. Quantunque lo aumento considerabile della densità di una urina scolorata e la proprietà di deviare a destra la luce polarizzata siano caratteri quasi patognomonici della presenza dello zuc-

contiene lo zucchero, il chè sembrerebbe provare che la presenza di questo corpo nel sangue de' diabetici è una conseguenza normale della digestione dell'amido, lungi di essere un effetto morboso (*Gazette médicale*, anno 1846, p. 734).

chero, crediamo non pertanto essere necessario quasi sempre, per meglio assicurare la diagnosi, procedere alla estrazione di questo prodotto. Vi si giunge evaporizzando prima il liquido a 30°, si espone in seguito in un luogo asciutto alla evaporizzazione spontanea, e si depone allora in cristalli con maggiore o minore rapidità secondo la maggiore o minor quantità di zucchero. Un mezzo più sollecito consiste a far bollire l'urina diabetica con parti eguali di acqua di potassa, di soda o di calce. Il miscuglio si fa bruno e prende un colorito tanto più carico in quanto contiene una maggior porzione di zucchero di fecola. In tal guisa si può scovire, secondo Bouchardal, la presenza di glucosa in un litro di urina. Il color bruno o nero spiegasi per la distruzione dello zucchero, il quale si trova allora caramellizzato. In fine si può adottare il reagente di Frommherz, il quale è di una squisita sensibilità. (1). Per sperimentare l'urina si aggiungono a questo liquido alcune gocce di reagente, in quantità sufficiente per dargli una debole riazione, poi si porta alla ebollizione. Se la urina non contiene zucchero di fecola, il liquore rimane di color blu; se ne contiene, il sal di rame è ridotto, il liquore si colora di giallo rossastro, e si forma tosto un deposito di protossido di rame rosso.

La poliuria sarebbe la sola malattia che potrebbe confondersi col diabete, perchè queste malattie anno per sintomi comuni una sete viva ed un aumento della secrezione urinaria. Nella prima però la sete è ordinariamente più intensa, l'appetito poco aumentato, la urina acquosa, non contiene zucchero, e non si osserva depauperamento come nel caso di diabete.

Pronostico. — Ciò che abbiamo detto precedentemente prova che il diabete è una delle più gravi malattie da cui l'uomo possa essere colpito. Però non è forse, siccome è stato detto, una malattia incurabile; sin ora poi non esistono esempi certi di guarigione. I fatti citati dal Signor Bouchardal sono piuttosto casi di miglioria anzichè di guarigione completa.

Etiologia. — Le cause del diabete sono quasi sconosciute. Raro nella infanzia, quasi ignoto ne' vecchi, il diabete si osserva specialmente nel periodo di trenta a quarant'anni; sembra incurdelire più spesso nell'uomo che nella donna. La influenza dei climi non è per anco ben dimostrata: però tutto porta a pensare che in Inghilterra ed in Olanda la malattia sia più comune, il chè dipende forse meno dal clima e dall'umido, che dal re-

(1) Ecco come si prepara il reagente: si sciogliono nell'acqua parti eguali di solfato di rame e di tartrato di potassa: si mischiano le due soluzioni, vi si aggiunge la potassa-caustica in quantità sufficiente per sciogliere in gran parte il precipitato; si è così un liquore di un bel colorito blu,

gime e dal modo di vivere degli abitanti, poichè, siccome lo nota il signor Contour, il diabete è più raro ne' paesi freddi come la Russia, ed è assai comune in certi paesi caldi, come nel Bengala nel Ceylan, a S. Domingo, in Egitto. La influenza della eredità non è ancora provata. Tra le principali cause predisponenti ed occasionali del diabete delle quali gli autori han fatto parola, citeremo la impressione del freddo, dell'umido, le passioni tristi, gli eccessi veneri, alcoolici, ma specialmente un nutrimento insufficiente, composto specialmente di alimenti fecolenti amilacei, e di bevande fermentate ec.: però niente è ancora rigorosamente dimostrato dell'azione delle cause che abbiamo enumerate.

Cura. — Esistono poche malattie contro le quali sieno stati impiegati tanti medicamenti quanto nel diabete: così tra i rimedi esterni, citerò i bagni a vapore, le frizioni di qualunque specie, i rivellenti, i vescicanti, gli esutori profondi, i salassi generali e locali. Internamente hanno amministrato gli acidi minerali, l'acqua di calcè, gli astringenti, i ferruginosi, i tonici, gli stimolanti, i diaforetici, gli evacuanti, i diuretici, le preparazioni di creosota, di rame e di mercurio, ed infine l'oppio. In questa lunga serie di agenti terapeutici, quest'è il solo quasi che abbia prodotto qualche effetto: così ha diminuito qualche volta lo appetito, la sete, la quantità dell'urina, e ristabilita la traspirazion cutanea. Però l'oppio è un semplice palliativo soltanto, perchè non esiste ancora un sol caso di guarigione ben dimostrata operata dallo stesso. In questi ultimi tempi hanno pure vantato le bevande alcaline: i signori Mialhe e Contour hanno pubblicato, pochi anni fa, la osservazione di un diabete migliorato, se non guarito, con questo mezzo. Gli alcali possono senza dubbio essere utili, però falliscono quasi sempre; oltre a chè costituiscono un mezzo accessorio solamente che deve essere combinato col regime dietetico.

Si è puro tentata la cura del diabete col solo regime. Dopo Rollo, i medici hanno consigliato specialmente un regime azotato, esclusivamente animale. Un tal regime però stanca gli ammalati, e particolarmente quando viene amministrato, all'esempio di alcuni medici, molto lardo e grasso. I corpi grassi però sono molti utili; ma debbono essere convenevolmente associati agli alimenti che risvegliano lo appetito; pos- si ancora, colla carne, permettere l'uso de' legumi erbacei, le uova ed il pesce. Il Signor Bouchardat insiste specialmente perchè si amministri agli ammalati poco pane ed alimenti feculenti, e ciò per le ragioni che faremo or ora conoscere. Per obbedire a questa indicazione l'abile chimico ha fatto preparare il pane di glutine, il quale è leggero, di gusto grato, e contiene soltanto un sedicesimo di fecola, il che fa sì che un diabetico,

mangiando 200 gramme di pane consuma solamente 25 gramme di fecola. A questi mezzi il signor Bouchardat unisce l'uso del vino generoso di Bourdeaux o di Bourgogne, alla dose di 1 a 2 litri al giorno. Proscrive la birra, a causa della destрина che contiene; considera le limonate come pregiudizievole. Il Signor Bouchardat raccomanda pure moltissimo l'uso de' sudoriferi, come il carbonato di ammoniaca, alla dose di 1 o 2 gramme poco prima del pranzo, o associato a parti eguali di teriaca; gli ammalati lo prendono allora quando vanno a letto. Lo stesso medico insiste molto in oltre perchè gli ammalati sieno vestiti di flanella, perchè egli considera come indispensabile pel successo della sua cura che la pelle funzioni con una certa energia. Negl' individui dichiarati anemici, bisogna in oltre amministrare i ferruginosi, gli amari, la chinachina; si avrà cura delle funzioni dello intestino, e si combatterà la costipazione mediante i clisteri o alcun poco di magnesia calcinata idrata. Se le digestioni divengono difficili, si ricorrerà al cloruro di sodio, del quale gli ammalati prenderanno 1 gramma al principiar del pranzo. Il sal marino agisce solamente facilitando il travaglio dello stomaco; per conseguenza aiuta a riparar le perdite incessanti che provano gli ammalati; qualche volta contribuisce pure a diminuire la secrezione urinaria.

Si vede che il metodo consigliato dal Signor Bouchardat è in granparte composto di mezzi igienici. L'astinenza de' feculenti, un regime succulento, ma non esclusivamente animale, un nutrimento variato, il vino in notabile quantità, gli abiti caldi, lo esercizio, ed in alcuni casi, i sudoriferi, specialmente il carbonato di ammoniaca solo o associato ad una preparazione oppiata; tale è la cura vantata dal farmacista in capo dell' Hôtel-Dieu. Da sette o otto anni impiegato dallo stesso e da molti medici, si è potuto giudicare de' suoi benefici; con esso è sempre migliorato lo stato degli ammalati, e ciò per un tempo qualche volta lunghissimo, cioè per moltissimi anni di seguito. Quindi è che anche ora, uno de' miei ammalati, non ostante le frequenti alterazioni del regime preserittogli, può darsi alle fatiche del suo stato, e presenta quasi le apparenze della salute. Debbo però confessare di non aver per anco osservato alcun caso di guarigione, nè con questa cura, nè con alcun' altra. Il signor Bouchardat però à rapportato nel suo ultimo lavoro (1846) molti fatti i quali provano che la malattia è suscettibile di scomparire, almeno momentaneamente. Gli ammalati potrebbero essere considerati come guariti, se potessero mangiare i feculenti senza vedere l'urina contener tosto lo zucchero. Malgrado ciò, dichiaro altamente, e con intiero convincimento, che la cura, tal quale è formulata dal Signor Bouchardat è la migliore che conosciamo, quella per conseguenza che conviene seguire in tutti i casi.

Teoria del diabete. — Non debbo indicare in questo luogo le opinioni più o meno ridicole emesse sulla natura e la sede del diabete. Gli uni ne han fatto una cachessia, una malattia generale consecutiva ad un'alterazione del sangue, opinione affatto inverosimile; altri non vi han veduto che una malattia speciale de' reni; ma l'anatomia patologica sola dà una smentita a questa dottrina: molti han collocato la sede nello stomaco, e con ragione; perchè nel fatto in quest'organo si forma lo zucchero; questo prodotto assorbito poco dopo, è poscia eliminato dal sangue per i reni, come lo sarebbe qualunque altro corpo estraneo. Questa teoria, intravveduta da Rollo, stabilita sperimentalmente da Mac-Gregor, è stata in questi ultimi tempi definitivamente consacrata ed acquistata alla scienza da' travagli del Signor Bouchardat, e posteriormente dalle ricerche del Signor Mialhe.

Rollo, spinto da una specie d'istinto di verità, aveva annunciato, da mezzo secolo addietro, che nel diabete, lo zucchero si formava nello stomaco. Mac Gregor lo à provato, or sono dieci anni, facendo vomitare i diabetici cinque ore dopo il pranzo e dimostrando la presenza dello zucchero nella massa del chimo. Stabilisce in oltre sperimentalmente che lo zucchero è formato se non esclusivamente, almeno specialmente, dagli alimenti vegetali. Tale era lo stato della quistione, quando il Signor Bouchardat, riprendendolo alcuni anni fa, se l'ha appropriata per così dire, per gli sviluppi che le à dato e le novelle scoperte che à saputo aggiungerli.

Secondo il Signor Bouchardat, la esistenza dello zucchero di fecola nelle urine diabetiche nasce dalla trasformazione della fecola in zucchero, tal quale si ottiene ne' nostri laboratori. Questa trasformazione à luogo per un principio esistente nello stomaco, nel succo gastrico de' diabetici, o che possiede sul amido un'azione affatto simile a quella che à la diastasi dell'orzo germogliato. Questo principio, da lungo tempo intravveduto dal Signor Bouchardat, è stato recentemente isolato dallo stesso, trattando le materie contenute in uno stomaco diabetico a digiuno, che aveva estratte mediante i vomiti (1). La diastasi dei

(1) Il processo seguito dal Signor Bouchardat è stabilito esattamente su quello che il Signor Payen à dato per estrarre la diastasi dall'orzo. Il Signor Bouchardat getta sopra un filtro le materie vomitate. Il liquido filtrato è tanto limpido quanto l'acqua, vi mischia l'alcool rettificato 25 volte più del suo peso. I liquori divengono torbidi immediatamente. A poco a poco si forma un deposito composto di fiocchi bianchi leggeri. Questo deposito è separato da' liquori alcoolici. Si scioglie nell'acqua; poi si precipita di nuovo con una grande quantità di alcool. Questa materia raccolta sopra un filtro è portata via ancora umida, poi disseccata alla temperatura di 45°, quindi polverizzata e rinchiusa in un fiasco.

diabetici à la stessa proprietà dissolvante di quella estratta dall'orzo. Non ostante tutto ciò che si è detto in Italia ed in Alemagna, il Signor Bouchardat considera la diastasi nello stomaco de' diabetici, siccome un prodotto patologico; egli afferma, non averla trovata in quelli non colpiti da glucosuria. E' indotto a pensare che gli alimenti zuccherini e feculenti soltanto possono, sotto la influenza della diastasi, trasformarsi in glucosi, e dubita che gli altri principi immediati che compongono la carne e gli altri alimenti non feculenti potessero subire la stessa trasformazione. Però la opinione del Signor Bouchardat non è ancora perfettamente stabilita, ed emette a questo riguardo alcuni dubbi a' quali prendiamo parte. Checchè ne sia, è indubitato che lo zucchero diabetico si forma, se non esclusivamente, almeno in parte, a spese de' feculenti, poichè la quantità dello zucchero contenuta nell'urina è sempre in ragion diretta del pane o degli alimenti feculenti e zuccherati che gli ammalati hanno presi nel corso delle ventiquattr'ore. Aggiungiamo che diminuendo la quantità di questi alimenti, la proporzione dell'urina emessa e del zucchero contenuto nelle urine diminuisce in proporzione concorde; infine sopprimendo quasi completamente l'uso di queste sostanze, l'urina può ritornare alla sua quantità ed alla sua composizione normale. A queste ragioni si gravi, il Signor Bouchardat ne aggiunge un'altra non meno perentoria, cioè che la sete de' diabetici è in ragion diretta degli alimenti zuccherini e feculenti che prendono: così, per 1 chilogrammo di fecola bevono ordinariamente 7 chil. di acqua, e rendono quasi 8 chil. di urina, cioè che la quantità di acqua necessaria ad un diabetico per permettergli di digerire la fecola è precisamente eguale a quella che bisogna unire alla diastasi per convertire la fecola in glucosa.

Però non bisogna credere che la trasformazione della fecola in glucosa sia un fatto patologico; anzi è un atto normale fisiologico necessario, senza del quale il pane ed i feculenti non potrebbero essere assorbiti, nè servire per conseguenza alla nutrizione. Ma d'onde nasce allora che se lo zucchero si forma in tutti nelle vie digestive, e questo prodotto trovasi soltanto ne' diabetici? Il Signor Bouchardat à spiegato quest'apparente anomalia sul differente modo col quale sono digeriti i feculenti dall'uomo sano e dal diabetico. Nel primo queste sostanze sono appena attaccate nello stomaco, perchè facendo vomitare un individuo poche ore dopo un pranzo feculento, si trovano appena le tracce della glucosa nella pasta chimosa. La trasformazione à luogo lentamente nello intestino sotto la influenza del succo pancreatico; il novello prodotto assorbito non arriva nella grande circolazione che dopo aver traversato il fegato e provato un utile rallentamento mediante la piccola circolazione epatica. Nel diabetico, per lo

contrario, col favor della diastasi che esiste nello stomaco, i feculenti sono trasformati prontamente e quasi intieramente in glucosa in questo viscere; questa passa rapidamente nel sangue, e non potendovi essere distrutta quando arriva in gran quantità, quando la sua proporzione è superiore a 5 gramme, essa è eliminata dalla secrezion renale. Tale è la teoria che il Signor Bouchardat ha stabilita abilmente; ci sembra soddisfacente, benché certi punti meritano di essere esaminati di bel nuovo.

Il Signor Mialhe ha proposto un'altra spiegazione. Egli ha stabilito dapprima che la diastasi esisteva nello stato normale nella saliva, e che ogn'individuo il quale saliva i seculenti li convertiva in glucosa. Pare che il Signor Mialhe riconosca pure che la saccarificazione de' feculenti sia più facile e più pronta negl'individui sani che ne' diabetici, perchè questi hanno meno saliva de' primi. Lo stesso autore spiega in seguito la presenza dello zucchero nella urina del diabetico, e la sua assenza in quella dell'uomo sano, dicendo che in questo il sangue, essendo alcalino, trasforma intieramente la materia zuccherina e se l'assimila, mentre che nel diabetico, il sangue essendo neutro o acido, la trasformazione della glucosa non può aver luogo; lo zucchero è allora un vero corpo estraneo nel sangue e n'è eliminato per le urine. Il Signor Mialhe spiega questo stato neutro o acido del sangue per la soppressione o la diminuzione della traspirazione cutanea: crede pure che lo abuso degli acidi può avere lo stesso risultato. Il Signor Mialhe riconosce però che il sangue de' diabetici è qualche volta alcalino; ma crede che in questo caso il grado dell'alcalinità non è sufficiente per trasformare tutto lo zucchero assorbito. Bisogna dunque allora che una parte di questo prodotto sia eliminata pe' reni.

Si vede che la seconda parte della teoria del Signor Mialhe poggia sopra un fatto che abbiamo negato, cioè, l'acidità o lo stato neutro del sangue. Quindi crediamo che sin ora, bisogna preferire la teoria del Signor Bouchardat, la quale comunque complicata quanto l'ultima, poggia però sopra un gran numero di esperienze, delle quali quasi tutte sembrano essere state stabilite nel modo più probabile.

MALATTIA SPECIALE DEL FEGATO

DELLA ITTERIZIA

Sinonimia. — Itterizia; *morbis regius, icteritia, morbus armatus, ileus flavus*; coliemia.

La itterizia è una malattia caratterizzata da un colorito giallo della pelle, prodotta dal passaggio delle materie coloranti della bile nel sangue.

Divisioni. — Abbiamo molte volte incontrato la itterizia, non solo nelle malattie del fegato, ma ancora nelle malattie degli organi vicini (polmoni, pleura, peritoneo, ec.), o in certi avvelenamenti del sangue, come quella che produce la febbre gialla. Però in molti casi, la itterizia è idiopatica; sembra esistere per se stessa, costituire tutta la malattia e non esser legata ad alcuna lesione manifesta de' solidi nè de' liquidi. Avvi dunque un' itterizia *essenziale* ed un' itterizia *sintomatica*. Questa è la sola divisione che dobbiamo ammettere oggi.

Anatomia patologica. — Non debbo occuparmi delle lesioni numerose del fegato e degli altri organi che possono esistere colla itterizia; voglio solamente fissare l'attenzione sulle alterazioni proprie alla stessa malattia.

Il colorito giallo dura ordinariamente, dopo la morte così intenso quanto durante la vita; si trova nella maggior parte dei tessuti; quindi la tunica media delle arterie, le ossa e le loro cartilagini, le membrane sierose, i cordoni nervosi, il cervello e la maggior parte de' visceri, sono stati veduti tinti più o meno a giallo: gli stessi muscoli e specialmente il cuore, hanno qualche volta presentato lo stesso colorito, ma sempre molto più debolmente degli altri tessuti.

Le parti solide non sono le sole che offrono il colorito itterico; ma questo si osserva pure nella maggior parte de' fluidi naturali o morbosi: quindi sempre il siero del sangue, frequentemente l'urina, il sudore, il siero stravasato nelle membrane sierose, l'umore aqueo degli occhi, qualche volta il siero de' vescicanti, il pus, la saliva, i diversi muchi e lo stesso latte, sono stati veduti colorati a giallo. Kerkringius cita pure un esempio di una donna itterica la quale partorì un fanciullo i cui tessuti e le ossa specialmente erano impregnati dello stesso colorito.

La tinta itterica è dessa prodotta dalla bile in natura, o dipende dalla presenza ne' tessuti pe' suoi principi coloranti? È questa una quistione che ha molto occupato i chimici da circa mezzo secolo. Deyenx, nel 1804, non poté trovare la bile nel sangue, ed attribuì il colorito giallo de' tessuti e de' fluidi alla

presenza della materia colorante, che considerava con ragione come un corpo essenzialmente distinto della bile. Il Signor Clarion sostiene la opinione contraria: per lui, la bile esisterebbe in natura nel sangue, e questo fatto sarebbe, dicesi, confermato dipoi dalle esperienze del Signor Orfila, come anche da quelle di Vauquelin e Fourcroy, e recentemente da quelle del Signor Bräconnot. Però molti abili chimici hanno cercato vanamente in questi ultimi tempi la bile nel sangue; i signori Chevreul, Felix Bouquet e Lecanu specialmente, (1) hanno verificato solamente la esistenza in questo liquido di due o tre principi coloranti giallo, verde e blu. Nessuno però vi ha dimostrato la presenza del coleato di soda, il quale secondo il bel lavoro del Signor Demarcay, è la parte essenziale del fluido biliare. I Signori Becquerel e Rodier hanno pure aggiunto alcuni risultati interessanti a quelli che sappiamo, ma che prima di essere definitivamente accettati, debbono essere verificati. Questi autori in fatti hanno detto che nella itterizia semplice o complicata, ma con *flusso biliare*, il sangue non era affatto modificato nella sua composizione sotto il rapporto delle sue materie grasse, della colestirina per esempio, non però così avviene ne' casi in cui avvi ritenzione di fluido biliare; perchè allora le materie grasse cessando di essere eliminate pel fegato, questi principi si troverebbero in maggior proporzione nel siero, e si scovirebbero concentrati nel sangue, non solamente la colestirina, ma ancora gli acidi grassi saponificati.

Sintomi. — La itterizia può manifestarsi bruscamente; ci è stato dato veder ciò nella colica epatica. Lo stesso accade per quella che si manifesta in seguito di una emozione morale viva. Un dolore fisico violento ha prodotto qualche volta lo stesso effetto. La itterizia sintomatica ha luogo consecutivamente soltanto dopo diversi disturbi funzionali; quella ch'è essenziale si manifesta di botto; se risveglia i prodromi, sono qualche volta alcuni accidenti delle vie digestive, come inappetenza, bocca amara, diarrea o costipazioni, ec.

Quando la itterizia si manifesta, si osserva dapprima un colorito giallo alle sclerotiche ed all'angolo interno degli occhi; poi si osserva alle tempie, alle pinne del naso, alle commessure delle labbra, nella fronte; si estende da là al mento ed alle guance, che sono le ultime parti della faccia ad essere invase. Quasi sin dallo sviluppo, si osserva spesso intorno alle unghie un cerchio giallastro, il quale s'ingrandisce a poco a poco. Il colorito giallo guadagna i piedi e le mani, poi il petto; il collo ed il resto del corpo acquistano tosto lo stesso colorito. In ge-

(1) Risulta dalle analisi del Signor Demarcay che la bile è un sapone essenzialmente formato da un coleato di soda. (Vedi il lavoro di questo chimico).

nerale, le parti superiori sono gialle prima delle inferiori. Il Signor Delonjeon à pur detto, nella sua tesi (1845) che il velo del palato offriva sempre un colorito giallo uniforme che si arrestava bruscamente alla volta del palato. La itterizia può essere parziale, cioè occupare solamente alcune parti del corpo; così non è raro vederla limitata alla faccia ed anche agli occhi; si è veduta limitata ad un membro o ad una metà del corpo. Si è pure ammesso un' itterizia interna: tale è il fatto citato da Jerras, di una donna della Salpêtrière la quale, morta con una pneumonia, presentava all'autopsia un colorito giallo della maggior parte de' solidi, mentre che la pelle avea conservato il suo normal colorito.

Il colorito itterico si presenta con molti diversi colori che variano dal giallo chiaro sino al verde, ed anche al bruno carico. La pelle non presenta alcun altro cambiamento manifesto meno che il suo colorito. Alcune volte essa è la sede di un prurito incomodo, senza che si manifesti alcuna eruzione; si dice pure aver veduto una leggiera desquamazione forforacea. Hanno anche preteso che la pelle degl' itterici era olcosa e come saponacea al tatto; però è questa una particolarità che non à mai fissato la mia attenzione.

Negl' itterici, le urine sono quasi sempre meno bondanti; sono dense, gialle o rossastre; trattate coll'acido nitrico, precipitano bondantemente una materia verde che altro non è che una delle materie coloranti della bile. Bisogna però avvertire che, anche nella itterizie intense, questa esperienza non riesce sempre: bisogna conchiuderne che la quantità di materia colorante contenuta allora nelle urine è negativa o minima. Checchè ne sia, può succedere qualche volta che il colorito giallo si mostra nella urina uno o molti giorni prima di essere visibile allo esterno; questo caso non mi sembra raro.

Che la itterizia sia idiopatica o sintomatica, si osserva quasi sempre qualche disturbo delle funzioni digestive: così la bocca è pastosa o amara; esiste la sete, la inappetenza, la costipazione; qualche volta, per lo contrario, avvi diarrea senza coliche. Le materie emesse offrono spesso il loro colorito abituale, cioè à luogo del pari nelle itterizie essenziali; ma in quelle che sono sintomatiche, quando il fegato è alterato a segno da non poter più segregare la bile, o quando questo fluido non può gettarsi nello intestino, le materie fecali sono grigiastre, di color cinereo o argilloso, e spesso di un odor forte che tende all'acre. Molti di questi ammalati si lagnano di un senso di peso, d'incomodo, anzichè di un vero dolore allo epigastrio. Se mangiano, il peso aumenta; il loro ventre si gonfia, ed alcuni anno nausea e vomiti, o almeno rutti acidi e flatulenze. Secondo il Signor Piorry, si troverebbe spesso (17 volte su 21) negl'it-

terici il fegato aumentato di volume; questo medico aggiunge che frequentemente (12 volte su 21) ha veduto la vescichetta dilatata; però questi fatti han bisogno di essere verificati, per essere contraddetti dalla pratica giornaliera della maggior parte de' medici. Si concepisce però la possibilità di una turgescenza del fegato ne' casi di chiusura del canale coledoco; ma questi fatti non sono i più comuni, e noi persistiamo a credere che nelle itterizie semplici, essenziali, non avvi alcun cambiamento manifesto nella struttura e nel volume del fegato.

La itterizia per se stessa non reca in generale un gran disturbo nella salute degl'individui. Se la malattia è semplice, idiopatica gli ammalati non hanno febbre; il polso è piuttosto lento che frequente; quasi tutti hanno peso alla testa; sono stanchi, malmenati. Le funzioni respiratorie non presentano alcun notevole disturbo. I sensi sono intatti; alcuni ammalati però veggono gialli tutti gli oggetti. Questo fenomeno, indicato dapprima da Galeno, è raro; oltre a chè è passeggero, ed a luogo; come dice Morgagni, solo quando l'umore aqueo è fortemente pinguo della materia colorante della bile.

Corso, durata, Esiti. — La itterizia sintomatica è subordinata, pel suo corso, a quello delle malattie dalle quali dipende. Se si liga ad una lesione organica, dura anni intieri, diminuendo di tempo in tempo per ritornar tosto più intensa; però cessa di rado intieramente, purchè la malattia di cui costituisce uno de' sintomi termini favorevolmente. La itterizia essenziale, idiopatica à un corso quasi uniforme. Dopo un periodo di aumento che può essere di soli pochi giorni, e che non oltrepassa mai un settenario, i disturbi digestivi cominciano a diminuire, poi cessano completamente. Comunemente gli ammalati, benchè giallissimi, mangiano, digeriscono, e possono darsi alle loro occupazioni; alcuni però si stancano sollecitamente. Il colorito giallo non tarda a diminuire a suo tempo: diviene meno carico; infine sparisce completamente, seguendo nella sua scomparsa un corso inverso del suo sviluppo: così gli occhi, che sono i primi organi a presentare il colorito itterico, sono del pari gli ultimi ad essere abbandonati. Se la itterizia semplice è stata intensa, la pelle riprende raramente il suo colorito normale prima di cinque o sei settimane. La malattia recidiva qualche volta quando le circostanze che l'hanno prodotta una prima volta si manifestano di bel nuovo: ci è stato dato veder ciò, per esempio, nella colica epatica. Si parla pure di una itterizia, la quale, consecutiva alla soppressione delle regole, si sarebbe riprodotta periodicamente tutti i mesi.

La itterizia, per se stessa, non produce mai la morte; si citano casi, è vero, d'itterizia i quali, manifestatisi bruscamente in occasione di emozione morale viva, erano terminati in mo-

do funesto dopo ventiquattr' ore, nel delirio e nel coma. Ma conviene dire, col Morgagni, il quale rapporta un fatto simile nella sua 37.^a Lettera, che la morte è stata prodotta in questo caso perchè la bile, troppo acre à esercitato un' azione deletorea sul cervello? Non bisogna piuttosto rapportare l'esito funesto alla commozione morale, di cui la itterizia è stata solamente la conseguenza? Il giallore cede senza presentare movimenti critici; l'epistassi ed il flusso emorroidale, che alcuni autori hanno indicato come frequenti al declinar della malattia, sono anzi molto rari.

Diagnosi. — La itterizia è una malattia di facile diagnosi; con essa non sarà confusa nè la tinta cancerigna, nè il colorito giallastro delle clorotiche, nè quello degl'individui sottoposti alle emanazioni saturnine, o di quelli che soffrono da lungo tempo le febbri intermittenti; perchè in tutti i casi, l'urina e gli altri prodotti di segregazioni non sono mai colorati a principio della materia verde della bile, e l'acido nitrico, comunque li oscuri, non può mai svelarne la presenza. Oltre a chè la tinta cancerigna si avvicina piuttosto al colorito della paglia o a quello del cotoigno anzichè a quello della itterizia; le sclerotiche, che sono sempre gialle nella itterizia, conservano qui quasi il loro riflesso azzurrognolo. Il colorito che prende la pelle negli individui tormentati dalle febbri intermittenti è difficile ad essere descritto, ma è caratteristico e facile a conoscersi quando si è veduto una volta; somiglia piuttosto al colorito della foglia morta che a quello della itterizia. In quanto agl'individui sottoposti alle emanazioni del piombo, si trova spesso un colorito piuttosto grigiastro anzichè giallo de' tegumenti. Quelli che acquistano qualche volta questa tinta malaticcia che osservasi negli individui che arrivano dalle Antille, e le sclerotiche hanno ancora in essi il loro colorito naturale; per conseguenza, è impossibile equivocare. Torna anche più facile distinguere la itterizia dalla clorosi; perchè in questa malattia, la pelle è trasparente, di un bianco matto, o pure del colorito della cera bianca invecchiata.

Molti autori, specialmente Morgagni, Gardien, Désormeaux, hanno legato alla itterizia il colorito giallo che offrono i neonati dal terzo al quarto giorno; a propriamente parlare però, non avvi itterizia in questo caso, perchè la sclerotica conserva il suo colorito; le urine non contengono le materie coloranti della bile, e questa sostanza non si trova nè nel siero del sangue, nè in alcun altro fluido della economia. Si conosce pure che dopo alcuni giorni di durata la tinta scompare. Crediamo dunque con Levrel ed alcuni altri che il colorito giallo de' neonati, consecutivo allo inietramento vivo che i tegumenti hanno presentato poco dopo la nascita, costituisce piuttosto una specie di ecchimosi anzichè una vera itterizia; oltre a chè i fanciulli neonati

possono essere colpiti da una vera itterizia; la malattia si produce in essi per le stesse cause che agiscono nello adulto, e si manifesta cogli stessi caratteri esterni. Queste proposizioni sono state combattute da un interno dell'ospedale *des Enfants Trouvés* il Signor Hervieux, il quale à stabilito nella sua tese (1847), che le parti esterne del pari che gli organi interni offrivano il colorito giallo simile a quello osservato negl' individui itterici. Questi fatti per essere concludenti, avrebbero dovuto essere appoggiati da alcune esperienze chimiche, praticate su i solidi e su i liquidi, che stabilissero che il cotanto giallo di cui è parola, dipendeva dalla presenza ne' tessuti da uno de' principi coloranti della bile. Checchè ne sia, le osservazioni del Signor Hervieux non sono meno degne d'interesse.

Torna appena necessario dire che alcuni individui cercano a simulare la itterizia colorando la pelle cogli stami di gigli, colla tintura di rabarbaro, la decozione di curcuma, i granelli di cartame; ec.; però non giungono ad ingiallire le loro sclerotiche, e poi basta lavare la pelle col sapone per scoprire la loro impostura.

Pronostico. — La itterizia non offre gravezza per se stessa; quella essenziale guarisce sempre. La itterizia che dura qualche mese, che varia frequentemente di colorito, che per esempio passa rapidamente dal giallo al verde, è di tristo augurio perchè quasi sempre ligata necessariamente a qualche lesione organica. In ragione di questa frequenza delle alterazioni del fegato ne' vecchi si è considerata la itterizia come più pericolosa in questi che ne' giovani; essi almeno nel nostro clima, soffrono quasi sempre le itterizie idiopatiche.

Etiologia. — La itterizia è una malattia che osservasi a tutte le età della vita; però la itterizia idiopatica è certamente più comune nella gioventù e nella età adulta, mentre che nei vecchi si osserva in spezieltà la sintomatica. Questa può dipendere da una moltitudine di lesioni; quindi la epatite, la infiammazione del peritoneo dello ipocondrio destro, la pleurisia diaframmatica, la pneumonia destra, producono spessissimo la itterizia; per lo contrario la malattia è di rado il risultato della infiammazione delle vie digestive. Sotto il regno della dottrina fisiologica, avevano molto esagerato la importanza di questa causa, poichè per essa si spiegavano quasi tutte le itterizie; ma una osservazion severa non à confermato ciò che era stato stabilito per semplice ispirazion teoretica e per via di analogia. Le lesioni croniche del fegato sono cause frequenti d'itterizia: però la maggior parte determina meno spesso la malattia di quello si potrebbe supporre a prima vista. Così abbiám veduto che i vizii di nutrizione del fegato, come ipertrofia e scirrosi, non si accompagnano ordinariamente ad itterizia, se non qual-

che volta al loro ultimo periodo. Lo stesso osservasi quasi degli acefalocisti, de' tubercoli e del cancro, eccetto però quando questi prodotti accidentali sono collocati in modo a restringere o chiudere i condotti bilairi. Le alterazioni della vescichetta e del condotto cistico producono di rado la itterizia; però quelle che colpiscono i condotti epatico e coledoco la producono frequentemente; tali sono i calcoli impegnati nel loro interno, la loro infiammazione o la compressione esercitata sulle loro pareti da un tumore esterno, circostanze le quali tutte si oppongono al libero passaggio della bile nel duodeno. Infine la itterizia può dipendere da uno stato generale grave, come osservasi nella febbre gialla o dopo il morso di certi animali velenosi.

La itterizia essenziale non sta ligata ad alcuna lesione materiale manifesta; qualche volta vien dietro una emozione viva di sdegno, di spavento, di dispiacere, ec.; dicesi allora *spasmodica*. Un dolore vivo, la impressione del freddo, possono avere lo stesso effetto. Una temperatura elevata, l'abitare i paesi caldi, un nutrimento animale, sono considerati come cause che possono produrre la itterizia eccitando la segrezion biliare; sarebbe questa un'itterizia per *pletora biliosa*; però non possediamo alcun dato preciso su di ciò. È dimostrato però che le circostanze esterne, come lo alimento, la temperatura, possono essere causa d'itterizia; così la malattia si è veduta regnare qualche volta epidemica, ma queste epidemie pare che si siano manifestate sotto la influenza di condizioni ben differenti ed anche affatto opposte. Chechè ne sia, la itterizia è certamente una malattia più frequente ne' paesi caldi, poichè Annesley à calcolato che nelle Indie, la itterizia si osservava nel terzo degli ammalati.

Modo con cui à luogo la itterizia. — Tra le teorie proposte per spiegare la formazione della itterizia, avviene di quelle che non meritano discussione; tali sono quelle che tendono a considerare la itterizia siccome prodotta da uno spasmo della pelle, per la secrezione nel derma di una specie di pigmento particolare, per la formazione di un liquido speciale che non avrebbe colla bile altra analogia che il colorito. Basta solamente ricordare i risultati delle analisi chimiche per dimostrare quanto di simili idee siano erronee. Le teorie che meritano un esame sono al numero di tre: nell'una si spiega la itterizia per lo riassorbimento della bile mediante i linfatici del fegato; nella seconda, si pretende che la bile essendo segregata in maggior quantità, è stata riassorbita dagli assorbenti del tubo digestivo; infine una terza opinione consiste a dire che il fegato, alterato nella sua struttura o nelle sue funzioni, cessa di separare dal sangue i materiali della bile che vi si suppongo già formati. Quest'ultima teoria però non può essere ammessa, perchè la chimica prova per lo contrario che la secrezion biliare non è so-

spesa, poichè sin ora non si è potuto trovare, nè nel sangue, nè nell'urina, nè in alcuno de'solidi, la bile in natura o almeno i suoi elementi essenziali. Rimane dunque la teoria dello assorbimento. Ma si deve ammettere che la bile è riassorbita nello intestino gracile? Io non lo credo, atteso che la causa, la sola che produce sicuramente, necessariamente la itterizia, si oppone precisamente al suo afflusso nel duodeno; voglio parlare della chiusura de' condotti epatici e coledoco. Bisogna dunque supporre che il riassorbimento della materia colorante à luogo per mezzo de' linfatici del fegato. Tiedeman à inoltre dimostrato che questi vasi, i quali, nello stato normale, non contengono mai la materia colorante della bile, ne contengono in certe itterizie; ed il Signor Lambron, ripetendo le esperienze di Mascagni e di Kiernan, à veduto che una iniezione praticata per i canali biliari penetrava rapidamente ne' linfatici anche prima che fosse giunta alle estremità di questi primi condotti. Questa particolarità rende conto non solo del passaggio della materia colorante della bile nel sangue, ma spiega pure come, in alcuni casi, la itterizia può svilupparsi in pochi istanti. Il riassorbimento della bile à luogo quando l'ostacolo si oppone alla escrezione di questo fluido, o quando questo è segregato in maggior quantità. In seguito di una supersecrezione della bile anno luogo quelle itterizie consecutive ad una infiammazione del fegato o del peritoneo circonvicino, ed anche le itterizie per emozioni dell'anima; perchè chi non à veduto individui i quali, in seguito delle scosse morali, rendono per la bocca o per l'ano flutti di bile? Oltre a ciò niente può recar sorpresa in ciò, perchè questa stessa influenza si osserva egualmente su molte altre secrezioni, come le lagrime, la saliva, l'urina ed il sudore. Quindi crediamo che nella itterizia detta spasmodica, la bile è segregata in maggior quantità, ed è forzata perciò di stagnare nei condotti ove la materia colorante è riassorbita e portata in seguito nel torrente della circolazione. Questa spiega ci sembra più razionale di quella consistente ad invocare in simile caso lo spasmo del fegato o de'suoi condotti, il quale si opporrebbe meccanicamente alla segregazione della bile.

Cura. — La itterizia potendo essere un sintomo comune a moltissimi stati morbosi, bisogna conoscer questi e combatterli anzi tutto co' mezzi speciali. Così la congestione, la infiammazione, la ipertrofia, gli ascessi, i prodotti accidentali del fegato ec., saranno combattuti co' rimedi propri che abbiamo indicati parlando di ciascuna di queste malattie. Se la itterizia sarà essenziale verrà curata con un metodo semplice; quindi gli ammalati faranno uso della limonea, della soluzione di sciropo di uva spina, di una tisana diluente qualunque e de' bagni tiepidi. Il Signor Piorry vuole che gl'itterici bevano molto, nello

scopo di eccitare le secrezioni e sbarazzare più facilmente i tessuti dalla materia colorante della quale sono carichi. Questo dotto professore interroga se stesso dicendo se anche gli alcalini potessero essere utili; queste idee però sono puramente speculative, e niente prova che siano ben fondate. Che diremo della compressione esercitata sul fondo della vescichetta biliare quando si suppone dilatata? Questo mezzo vien anche raccomandato da Piorry; ma i fatti invocati in favore di questa pratica non mi son paruti concludenti.

Diverse indicazioni speciali potranno anche presentarsi, alle quali bisogna obbedire: così lo stato pletorico, un polso forte e vibrante, renderanno necessario un salasso; i segni d'imbarazzo gastrico faranno prescrivere il vomitivo, e se avvi costipazione, si amministrerà un blando purgativo. Gli evacuanti intestinali sono egualmente utili, e si prescriveranno di tempo in tempo quando non vi sarà controindicazione. Gli ammalati staranno in dieta allo sviluppar della malattia soltanto: si alimenteranno tosto che l'appetito ritorna, però con un leggiero nutrimento, poco bondante, composto specialmente di legumi erbacei, di pesci e di carni bianche. Quando la itterizia si prolunga al di là del termine ordinario senza che si potesse colpire la causa organica che lo sostiene, an consigliato di mettere in uso gli amari, gli alcalini sotto forma di bagni e di bevande, come anche i ferruginosi. In simil caso si dava altra volta la decozione di carota, preparazione che ancor oggi gode di un certo favor popolare, sebbene come lo dice Peyrilhe, la sua virtù anti itterica sia fondata solamente sulla identità del colorito che avvi tra il male ed il rimedio.

MALATTIE SPECIALI A' RENI

DELLA MALATTIA DI BRIGHT

Sinonimia. — Nefrite albuminosa, degenerazione granulata, albuminuria.

La malattia di Bright è caratterizzata durante la vita in spezieltà da due fenomeni, che sono la presenza di una notabile quantità di albumina nelle urine, e lo sviluppo di versamenti sierosi nel tessuto cellulare e nelle membrane sierose.

Storia. — Questa malattia, che può esistere allo stato acuto e cronico, è una recente scoperta, ed a torto alcuni danno una interpretazion forzata a certi passaggi di opere antiche, pretendendo far risalire sino ad Ippocrate la conoscenza di questa malattia. Ad un'epoca a noi più vicina, Cutugno e Cruickshank, ed al principiar del secolo, Nysten e specialmente gl'inglesi

B'ackall e Wells, avevano bene indicato la presenza della urine albuminose nel corso di molte idropisie; ma Riccardo Bright fu quello il quale nel 1827, dimostrò i rapporti che esistevano tra queste idropisie, la composizione della urina ed un' alterazione particolare de' reni. Questa scoperta è senza dubbio una delle più distinte della scienza contemporanea; essa ha eccitato la emulazione di moltissimi osservatori, e dato luogo a ricerche importanti che hanno confermato quasi tutti i risultati ottenuti dal celebre medico di Londra. Dobbiamo ricordare tra questi numerosi lavori quelli di Christison e di Gregory, a Edimburgo; in Francia, le ricerche del Signor Becquerel, la eccellente monografia del Signor Martin-Solon, che ci servirà moltissimo, infine i lavori del Signor Rayer, il quale prima di pubblicare la sua eccellente opera, aveva ispirati a molti suoi allievi più distinti, i signori Tissot (These 1833), Désir (*Id* 1833), Sabatier (*Archives*, 1834), de' lavori di un grande interesse.

Caratteri anatomici. — In quelli che muoiono per questa malattia, si trovano ne' reni diverse alterazioni. Il dottor Bright ha cercato di rannodarle alle tre forme, mentre che il Signor Rayer porta il loro numero sino a dieci; però ci è sembrato, come pure al Signor Martin-Solon, che se ne potevano fare cinque gradi o varietà.

Nel primo grado, i reni sono più voluminosi, ed il loro peso si eleva spesso al doppio ed anche al triplo; la loro consistenza è compatta, ma senza durezza; la loro superficie è di un rosso vivo e disseminato da una moltitudine di piccoli punti di un rosso più intenso del resto, il che dipenderebbe secondo il Signor Rayer, dallo iniettamento delle glandole di Malpighi. Se s'incide il rene al suo bordo convesso verso la scissura, si osserva una tumefazione, un'aumento di spessore della sostanza corticale, la quale è iniettata, e presenta gli stessi punti rossi che abbiamo già notati: la sostanza tubulare compressa è di un rosso più oscuro, e le sue strie sono meno visibili; infine alla faccia interna de' calicetti e degli ureteri si osservano gli assorbimenti fini. Però di rado si osserva questo primo grado, perchè ne' casi in cui la malattia ha un corso estremamente acuto, si osservano le alterazioni più avanzate.

Nel secondo grado, avvi, come precedentemente, aumento di volume ed iniettamento del tessuto; ma questo lungi dall'esser generale ed uniforme, è misto ad un colorito di un giallo pallido della sostanza corticale, manifesto alla superficie come allo interno, e che tende molto al rosso bruno assai vivo che conserva la sostanza tubulare.

Al terzo grado della malattia, il volume ed il peso de' reni sono sempre più considerabili; ma la sostanza corticale, divenuta affatto anemica ed impermeabile alle iniezioni più sottili

offre un colorito di un giallo pallido uniforme, mentre che la tubulare rimane ancora di un rosso vivo; questa è compressa e come spinta verso la scissura per lo aumento di spessezza della sostanza corticale, specialmente ne' suoi prolungamenti tra i conii tubulari. Queste stesse alterazioni si trovano ancora nel quarto grado; ma quest'ultimo è caratterizzato da una lesione che Bright ha descritta con cura sotto il nome di *tessitura granulata de' reni*. In questo stato, la superficie esterna de' reni, di un giallo pallido, è disseminata e qualche volta quasi coperta di piccole macchie di un bianco lattiginoso o alquanto giallastro, del volume della testa di una piccolissima spilla, simigliante a grumi di latte, o pure a granelli di semola, ed esistenti alla superficie de' reni come pure nella spessezza della sostanza corticale, ma spesso ineguale in questi due punti. Questi corpi, impropriamente chiamati *granulazioni*, sembrano essere prodotti da una materia albuminosa esalata nello interstizio de' tessuti. La profondità ineguale alla quale sono situati spiega i loro diversi coloriti: quelli della superficie, velati da uno strato sottilissimo, sembrano essere ricoverati come da una vernice.

Infine, nel quinto ed ultimo grado della malattia, si trovano riunite diverse alterazioni: quindi i reni possono essere più voluminosi o più piccoli; la loro superficie è spesso ineguale e protuberante; il loro tessuto spesso è indurato; infine la loro sostanza corticale è gialla e scolorata in modo generale o parziale.

Le precedenti lesioni, caratterizzando le diverse forme della malattia di Bright, non sono mai limitate ad un sol rene, ma occupano sempre i due organi simultaneamente, qualunque spesso a gradi ineguali. Negli ammalati che muoiono per la malattia di Bright si osservano, indipendentemente dalle idropisie del tessuto cellulare e delle membrane sierose, un maggior o minor numero di lesioni consecutive in uno o molti visceri importanti. Desse sono, pel loro ordine di frequenza, lo ammolimento della mucosa dello intestino crasso e gracile, la pneumonia, la pleurisia la meningite.

Sintomi della forma acuta. — La malattia di Bright può sviluppare coll'apparato sintomatico delle malattie acute. Allora si osserva qualche volta un brivido iniziale; gli ammalati hanno una febbre più o meno viva; molti accusano un dolore sordo o un semplice mal'essere nella regione de' reni; la pressione a questo punto è spesso penosa. L'urina segregata in minor quantità, è rossastra, o di un bruno carico, a causa del suo miscuglio con una certa porzion di sangue; col riposo, deposita alcuni filamenti rossastri che altro non sono che la fibrina del sangue; offre un debole odore; essa è più spumeggiante. In generale, dopo pochi giorni, la urina finisce di essere sanguigno-

nolenta; prende allora una tinta citrina, o pure divien pallida, simile al vino bianco; essa è trasparente, di odor debole, si decompone meno prontamente, è neutra o debolmente acida, e contiene qualche volta una materia grassa; la sua densezza è minore in ragion della diminuzione dell' urea e de' sali. Però nella forma acuta, non è rara cosa vedere che l'urina non à provato alcun notabile cambiamento nella proporzione de' suoi elementi naturali, mentre è più costantemente alterata sotto questo rapporto nella forma cronica della malattia. Il cambiamento più manifesto però della urina consiste nella presenza in questo liquido di una grande quantità di albumina, che la rende più spumeggiante del solito. Si separa questo prodotto versando in un bicchiere continente urina una piccola quantità di acido nitrico, o una soluzione di sublimato, di noce di galla, di allume, o meglio sottoponendo il liquido alla ebollizione. In tutti i casi, si forma un coagulo bianco più o meno bondante e focchioso che precipita rapidamente nel fondo del vaso. Nello stesso tempo che osservasi quest' alterazione dell' urina, à luogo un edema ora circoscritto alla faccia, divenuta più pallida, e che tantosto invade simultaneamente molte altre parti del corpo. Lo infiltramento sieroso può anche guadagnar rapidamente tutta la periferia del corpo; il siero può spandersi ancora nelle principali cavità sierose, specialmente nel peritoneo e nelle pleuri. L' anasarca, che forma uno de' caratteri più costanti della malattia di Bright, è rimarcabile in quanto che la pelle, la quale invece di essere molle e di cedere alta menoma pressione come nella maggior parte degli idemi, è renitente, e si abbassa solo quando si preme fortemente: questa pressione è pure spesso alquanto dolorosa; infine gl' incavi che ànno luogo spariscono prontamente. Il sangue che si cava dalla vena in questo periodo della malattia si covre qualche volta di un cotenna densa, il che può dipendere da una complicazione infiammatoria, o dalla diminuzione de' globoli, ma mai da un' alterazione nella proporzione della fibrina dipendente dalla malattia istessa; perchè i signori Andral e Gavarret àn provato che nella malattia di Bright questo principio non cambiava affatto. Il siero, per lo contrario è più bondante del solito; è qualche volta biancastro e lattiginoso, perchè contiene una maggior quantità di materie grasse; contiene meno materiali solidi: il suo peso è molto diminuito. I medici inglesi ànno pure preteso che in questa malattia, il sangue conteneva una porzion notabile di urea; ànno aggiunto che questo corpo si trovava pure nel siero sparso nel peritoneo; le esperienze però tentate in Francia non ànno confermato quest' ultimo risultato, mentre si è veduta l' esattezza de' primi.

Corso, durata, esito della forma acuta. — La malattia di Bright nella sua forma acuta come nella sua forma cronica, of-

fre di rado un corso uniforme; quindi lo edema può essere più o meno specchiato; può diminuire, cessare e ricomparire da un giorno all'altro in una stessa parte, senza che si potesse nulla concludere sulla maggiore o minore gravezza della malattia.

La febbre può anche diminuire, spegnersi, poi riaccendersi, ed in queste specie di parossismi, la urina si vede spesso, da scolorata che era, divenir sanguinolenta. Oltre a ciò, tra tutti i sintomi della malattia, lo stato albuminoso della urina offre meno irregolarità. Quando la malattia à un esito felice, l'urina addiviene più bondante, contiene meno albumina, mentre che la proporzione dell' urea e de' sali aumenta; la febbre cessa, l'anasarca diminuisce, i sudori copiosi anno luogo, infine una convalescenza regolare si stabilisce. In questi casi, la malattia dura raramente meno di due settenari; essa si prolunga spesso sino alla fine del quarto. La morte è l'esito certamente più frequente della guarigione; essa è quasi sempre prodotta da qualche grave complicazione, sopravvenuta specialmente nel petto o nel ventre. Più spesso però i sintomi acuti di reazione si calmano e cessano; poi la malattia passa allo stato cronico.

Sintomi della forma cronica. — La forma cronica della malattia di Bright può duunque essere consecutiva. In quest'ultimo caso, e prima che si osservi alcun manifesto disturbo nelle principali funzioni della economia, si trova in generale una notabile alterazione della secrezione urinaria; alcuni ammalati però che dimagrano sin dallo sviluppo, impallidiscono e perdono le forze. L'alterazione de' reni non tarda a produrre tosto la idropisia. Questa può seguire da vicino l'alterazione dell'urina; qualche volta però avvi tra esse un intervallo di molte settimane, e di molti mesi. La idropisia, incominciando, è sempre limitata ad una parte del corpo, come la faccia, ad una o molte membra, alle pareti del petto o del ventre. Nello spazio di alcuni giorni, questo edema offre grandi variazioni nella sua sede; nella sua estensione e la sua intensità, ma offre raramente la mollezza degli edemi passivi che sono prodotti dall'ostacolo nella circolazione. La pelle che copre le parti infiltrate offre un colorito di un bianco matto rimarcabilissimo. Infine, a poco a poco, lo edema divenuto permanente, si estende a tutta la periferia del corpo, i versamenti si formano inoltre nel peritoneo, ed un poco meno spesso nella pleura e nel pericardio. E' nella forma cronica della malattia di Bright che osservansi al più alto grado le alterazioni nella composizione dell'urina che abbiamo precedentemente enumerate. Qui specialmente il liquido è poco bondante, pallido, appena odoroso, di debole densità e precipita abbondantemente l'albumine quando si tratta col calore e co' reagenti: del pari in questa forma della malattia il sangue è più profondamente alterato; così il siero è poco bondante e molto

meno denso, poichè il suo peso, che nello stato normale è di 1,028 o 1,029 secondo Grégory, può discendere a 1,013; i globuli diminuiscono di numero, e ciò a tal punto, che i signori Andral e Gavarret li hanno veduti discendere da 127 che è la loro cifra normale, a 82 ed anche a 61. Quando la malattia è semplice, gli ammalati sono senza febbre ed il loro appetito continua; ma per poco che la malattia si prolunghi, à luogo la diarrea più o meno bondante, senza coliche, e che generalmente non diminuisce l'anassarca.

Corso ed esiti. — Il corso della malattia nella sua forma cronica è estremamente ineguale ed irregolare. La sua durata non può essere precisata, e come dice il Signor Rayer con molta ragione; sfugge a qualunque calcolo. Molti ammalati veggo migliorare il loro stato da poter riprendere i loro travagli: qualche volta lo edema sparisce completamente, ma le urine continuano ad essere albuminose, o pure se cessano di essere coagulabili al calore, rimangono più o meno scolorate, e conservano una tinta di un giallo chiaro. La morte e l'esito quasi costante della malattia; à luogo quasi sempre per lo spossamento che la diarrea produce, e per le risipele cangrenose che si sviluppano agli estremi inferiori o sul tronco inseguito dello eccessivo distendimento della pelle; o pure gli ammalati periscono con una pneumonia, con una pleurisia o con una pericardite intercorrenti; più di rado muoiono per una meningite o per gli accidenti apoplettici determinati da un versamento sieroso metastatico sul cervello. La malattia di Bright, che assale una donna gravida, sarebbe, dicono, qualche volta la causa di un aborto o di un parto prematuro, ed esporrebbe particolarmente agli eccessi di eclampsia. Questa opinione, che il Signor Cahen à sviluppato un talento, nella sua tesi (1846), non è ancora appoggiata da un sufficiente numero di fatti. Oltre a chè possiamo leggere in una tesi del Signor Stuart-Cooper (1846), che questa quistione essendo stata studiata in Inghilterra, specialmente dal Signor Lever, si era conchiuso che non esisteva alcuna relazione tra la malattia di Bright e la eclampsia.

Diagnosi. — Una urina albuminosa coincidendo collo sviluppo rapido di un anassarca deve far diagnosticare l'uno dei due primi gradi della malattia di Bright; perchè questi due caratteri importanti non trovansi riuniti in alcun'altra malattia acuta. Ciò si applica pure alla forma cronica, ma in modo forse meno assoluto; poichè non è raro trovare l'albumina nell'urina degli individui colpiti da malattie organiche del cuore o dei grossi vasi; benchè i reni non siano allora che la sede di una di quelle congestioni passive che trovansi nella maggior parte degli altri visceri. Ma ne' casi de' quali è parola in questo luogo, la presenza dell'albumina è un fenomeno affatto efimero,

che scompare quasi sempre da un giorno all'altro; oltre a che i disturbi circolatori, il corso della idropisia, che à sempre invaso il corpo dal basso in alto, permetteranno di rapportare alla loro vera causa gl' infiltramenti ed i versamenti sierosi che sono sotto la dipendenza di una malattia organica del cuore. Aggiungiamo in oltre che, in questi casi, l'urina è poco alterata nella sua composizione; in fatti conserva il suo colorito, la proporzione de' suoi sali, e per conseguenza la sua densità. Convien pure sapere che quando le urine contengono il pus, come nella pielite, in certi catarri vescicali, nel cancro de' reni e della vescica, si può scovrire nel liquido, mediante i reagenti ed il calore, la presenza di una piccola porzione di albumina, ma la esistenza del pus ed i sintomi concomitanti faranno rinunciare alla idea di una malattia di Bright. Si vede dunque che la urina albuminosa può osservarsi nel corso di moltissimi stati morbosi; ma l'albumina non esiste mai in gran quantità se non nella malattia di Bright. Aggiungiamo pure che in quest'ultima non solo bisogna aver riguardo alla esistenza dell' albumina, ma pure alle altre alterazioni del liquido, il quale è pallido, di una densità minore e che contiene meno urea e sali. Tutte queste modifiche non si trovano affatto, almeno riunite, se non che nella malattia di Bright; così quando si osservano in modo continuo in un individuo che non presenta ancora alcun altro segno di una malattia di Bright, non bisogna conchiudere della non esistenza di questa malattia, e può predirsi che se nessuna malattia intercorrente non darà termine alla vita degl' individui, questi presenteranno presto o tardi una idropisia generale. Convien dire che trattando l'urina coll' acido nitrico, si ottiene un precipitato che non è sempre albuminoso, o almeno esclusivamente formato di albumina; in fatti contiene frequentemente l'urato di ammoniaca e l'acido urico. Per distinguere questi precipitati complessi da' precipitati semplicemente albuminosi, bisogna, secondo il consiglio del Signor Rayer, esaminarli col microscopio. L'albumina coagulata si presenta allora sotto un' apparenza laminare zigrinata, particolare; la presenza dell' acido urico o dell'urato di ammoniaca è indicata nel primo caso dai cristalli di acido urico, e nel secondo da una polvere amorfa, tosto sostituita da cristalli simili, quando l'azione dell'acido nitrico su questo sale à spiegato completamente la sua azione. Per ottenere questo risultato, convien far uso di un metodo più semplice, cioè introducendo il precipitato ed una piccola quantità di urina in un tubo e riscaldarlo ad una lampada, allora si vede che il calore scioglie tutti i sali e rispetta l'albumina. Se trattasi di un' urina che non contiene albumina, e se il precipitato fosse unicamente formato dagli urati, il liquido, sotto la influenza del calore diverrebbe trasparente. La esperienza mediante il calore

benchè preferibile a tutti i reagenti, è pure insufficiente; perchè se la urina fosse alcalina, il calorico precipiterebbe diversi sali specialmente i fosfati; ma aggiungendo anticipatamente l'acido nitrico, s'impedirà la loro formazione, o pure se sono già precipitati, si scioglieranno collo stesso reagente.

L'anassarca, per se solo, non può avere il valore diagnostico che attribuiamo alla urina albuminosa: però à certi caratteri e siegue un corso che lo faranno facilmente distinguere dalle altre specie di edemi. Quindi è che nella malattia di Bright, le parti infiltrate resistono di più alla pressione, e la pelle che le ricopre à un colorito di un bianco matto che offre qualche cosa di speciale. Lo infiltramento comincia quasi sempre dalla faccia o da un punto più o meno circoscritto, presenta in poco tempo molte irregolarità; così in pochi giorni comparisce e sparisce successivamente, ed occupa novelle parti. Quindi quando lo anassarca comparirà con i caratteri precedenti, quando lo infiltramento avrà seguito il corso che noi abbiám descritto, si potrà dire quasi *con certezza* che la idropisia è sintomatica di una delle alterazioni de' reni che abbiám descritte, e credo che dando questo giudizio, non si cadrà in errore una volte su mille.

Quasi sempre è la idropisia che ci sveglia la idea della esistenza della malattia di Bright; abbiám però veduto che in alcuui casi rarissimi questo sintomo mancava; la morte può anche aver luogo prima che si sia manifestato. La malattia allora è *latente*, e passa quasi inosservata, perchè in questi casi non si à cura di osservare le urine; i soli disturbi apparenti consistono allora in una diminuzione della grassezza e delle forze. In queste condizioni tali individui sono presi di botto da sintomi cerebrali o da malattie acute di petto per le quali periscono rapidamente; nell'autopsia si scovre l'alterazione caratteristica dei reni, il chè spiega tutti gli accidenti osservati durante la vita. Questi fatti non sono rari; ne abbiám osservati moltissimi noi stessi, e debbono portare il medico, quando va in traccia della causa organica che sostiene uno stato di mal'essere e di depauperamento, ad interrogare la secrezione urinaria come tutte le altre funzioni.

Pronostico. — La malattia di Bright è una malattia sempre grave; quella che à luogo in modo acuto, specialmente quando vien dietro la scarlatina, è una delle meno pericolose. La diminuzione dello edema può per se sola far dare un pronostico favorevole. Per stabilire quest'ultimo, bisogna che l'albumina diminuisca ed anche cessi completamente di essere escrecata; in questi casi, sì favorevoli in apparenza, non bisogna però esser certi che una recidiva più o meno prossima non potesse aver luogo, specialmente se la urina rimanesse scolorata, o se conservasse la tinta giallastra chiara della quale abbiám parlato. In

quest'ultimo caso non bisogna credere che la malattia sia guarita, ma consideratela solamente siccome migliorata: in fatti vedrete quasi sempre, dopo un tempo molto breve; ricomparire l'albumina nelle urine, come anche l'anassarca; questa ricaduta à luogo specialmente dopo un raffreddamento o un eccesso della tavola, qualche volta senza causa manifesta.

Se la malattia è stata cronica di botto, il pronostico è più pericoloso che quando la malattia è stata primitivamente acuta; in fatti, in cotesti casi, di rado la malattia termina favorevolmente. La diminuzione della secrezione urinaria e dell'urea è un segno pericoloso. La poca bondanza dell'albumina non deve ispirar fiducia, per non esser cosa rara veder morire gli ammalati benchè il coagulo albuminoso sia poco abbondante; oltre a chè, allo avvicinarsi della morte, si vede spesso diminuire ad un tempo la idropisia e l'albumina nella urina; una costituzione deteriorata o pure la esistenza de' tubercoli, delle scrofole, di un cancro, ec., rendono la malattia de' reni non curabile. Uno scarico bondante di materie fecali è pure un segno pericolosissimo; ma le malattie intercorrenti che rendono il pericolo più imminente, e che porton seco sempre un esito funesto, sono le affezioni cerebrali, le pneumonie, le pleurisie, la pericardite e la resipola cangrenosa.

Etiologia. — La malattia di Bright è comunissima a Parigi, vi si osserva più frequente del diabete; colpisce più spesso gli uomini che le donne. Molti medici, specialmente il Signor Rayer ed il Signor Cahen, hanno considerato la gravidanza, come quella che favorisce lo sviluppo della malattia; però questa opinione sembra molto dubbia quando si vuol paragonare la frequenza della gravidanza col numero molto poco considerabile delle malattie di Bright le quali hanno luogo nel corso delle gestazioni. Rara prima di dieci anni e dopo sessanta, la malattia di cui è parola à il suo massimo di frequenza tra trenta e quarant'anni (Becquerel); essa sembra più comune nello inverno e nell'autunno che nelle altre stagioni.

L'abitazione ne'luoghi bassi ed umidi, la esposizione abituale o accidentale all'umidità, al raffreddamento del corpo, sono state considerati, specialmente dal Signor Rayer, siccome la causa più frequente della malattia almeno in Francia. Il Signor Becquerel dice pure che si osserva un raffreddamento antecedente in un quinto de' casi circa. Purtuttavia non possediamo ancora su di ciò che dati molto incerti; lo stesso dubbio deve pure emettersi relativamente alla influenza che si attribuisce specialmente in Inghilterra, agli accessi alcoolici e venerei, a' travagli stentati, alle emozioni morali ad un insufficiente alimento. La malattia di Bright può complicare la maggior parte delle malattie croniche; però nessuna di esse non sembra esercitare una influen-

za certa a produrla. Credo dunque che tutto ciò che si è detto della parte che rappresenta la elicia polmonale, le malattie di cuore, del fegato, la sifilide costituzionale, per lo meno è molto esagerata. Tra le malattie acute, soltanto le febbri eruttive, e la scarlattina in particolare, al suo periodo di desquamazione, producono frequentemente una delle alterazioni dei reni che caratterizzano la malattia di Bright.

Cura. — Nella forma acuta, quando la reazione febbrile è forte e lo individuo ben costituito, bisognerà opporre un metodo antiflogistico: quindi gli ammalati saranno salassati una o due volte, raramente di più; le sanguisughe o anche meglio le coppe a vento, saranno applicate a' lombi, queste parti saranno ricoperte di cataplasmi; si amministreranno le bevande dolci; si ecciteranno le funzioni della pelle mediante il bagno caldo, o il bagno a vapore, si manterrà lubrico il ventre mediante i purgativi salini. Quando la malattia passa allo stato cronico, o quando riveste questa forma primitivamente, la cura è estremamente difficile e quasi sempre inefficace. Gli antiflogistici sono inapplicabili; perchè quando il polso e le forze sembrano autorizzarlo, il loro uso non pertanto è quasi sempre seguito da un aumento dello edema. Abbiamo vanamente amministrato i diuretici, come il nitro, la scilla, la digitale a dosi elevate, le tisane di rafano, di pariataria, ec., senza aumentare il più delle volte la quantità delle urine e senza modificarne la composizione. Abbiamo pure tentato di cambiare lo stato de' reni co' medicamenti che agiscono sull'assorbimento e la nutrizione, come gli alcalini e specialmente il mercurio, e non abbiamo ottenuto alcun buon risultato; le preparazioni mercuriali, facendo nascere la salivazione, hanno pure aumentato le angosce degli ammalati. In altri abbiamo tentato di fortificare la costituzione mediante i ferruginosi ed un nutrimento sostanzioso, senza alcun risultato favorevole. Abbiamo pure tentato l'uso ripetuto de' bagni a vapore contemporaneamente all'uso interno della polvere di Dover, e questi soli hanno prodotti in un caso una rapida miglioria, ma non una completa guarigione. Infine i purgativi che abbiamo frequentemente amministrati, specialmente per combattere l'idropisia, non hanno mai prodotti i buoni effetti che speravamo, e siamo stati forzati quasi sempre di sospenderne l'uso, a causa degli scarichi ventrali che forse si erano determinati con più intensità in ragion dell'uso di questi rimedi. Per dar termine alla lunga lista de' medicamenti quasi inutilmente impiegati sin ora contro la malattia di Bright, citeremo il iodo, la trementina, le cantaridi, l'acido nitrico. Ho impiegato la tintura di cantaridi alla dose di 6, 10, 15, 25 gocce in sette o otto ammalati, ed ho ottenuto una volta la guarigione completa che perdura ancora oggi, benchè già scorsi due anni dopo che la cura è stata so-

spesa: un altro ammalato forse si è pur guarito nello stesso modo, dico forse, perchè l'ho perduto di vista un mese dopo la completa scomparsa di tutti i sintomi della malattia. Il Signor Hausen, di Trèves, e più recentemente il professor Forget ed il dottor Wolf, uno de' suoi allievi, hanno citato de' casi di guarigione coll'uso dell'acido azotico. Il Signor Hausen lo dà alla dose di 4 a 15 gramme in una pozione di 250 gramme. Il Signor Forget non oltrepassa 4 gramme di acido in un litro di tisana. Questi fatti hanno bisogno di essere ripetuti. Nelle nostre mani questo metodo è stato privo di effetto, e non saprei se bisogna attribuire all'uso prolungato dell'acido la diarrea che uccise rapidamente lo ammalato. Checchè ne sia, diremo che il buon rimedio da opporsi alla malattia di Bright non si è per anco ritrovato: aggiungeremo, servendoci delle parole dell'abile osservatore il Signor Martin-Solon, che in questa malattia, un solo mezzo non basta, ma bisogna saper variare i rimedi secondo le indicazioni speciali che si presentano.

Le complicazioni richiederanno alcuni mezzi speciali; però se si eccettua la diarrea, che si calma spesso cogli oppiati, quasi tutte le complicazioni, e specialmente le flemmasie viscerali, gli accidenti cerebrali e le resipole resistono a tutti i mezzi razionali.

Natura. — Il Signor Rayer considera la malattia di Bright come di natura infiammatoria; egli ne fa una forma speciale di nefrite, e la distingue dalle altre sotto i nomi di *nefrite albuminosa*. L'abile osservatore ha invocato in favore della sua dottrina la iniezione del tessuto de' reni, lo aumento di volume, e qualche volta la leggiera diminuzione di consistenza che osservasi ne' due primi periodi della malattia, come anche lo infiltramento del tessuto di una materia albuminosa che trovasi in alcuni casi eccezionali. Se la malattia di Bright fosse una infiammazione differirebbe dalle altre flemmasie renali per due caratteri importanti che sono di affettare simultaneamente i due reni e di non terminare mai colla suppurazione, circostanza tanto più rimarchevole in quanto che il rene è uno degli organi parenchimatosi, i quali suppurano più facilmente quando sono infiammati. Però la natura infiammatoria della malattia di Bright può essere giustamente combattuta, perchè mettendo in paragone le alterazioni ne' due primi gradi della malattia e quella che caratterizzano anatomicamente la nefrite pura legittima, non si trova tra esse alcuna simiglianza, per cui ci pare impossibile vedere sulle prime altra cosa meno che una congestione, che forse è il punto di partenza dell'alterazione profonda di nutrizione che prova il tessuto renale. Le abili ricerche de' signori Andral e Gavarret hanno in oltre apportato un possente argomento in favore della dottrina

che difendo, perchè abbiamo detto che questi professori, anche nella forme acuta della malattia, non avevano trovato alcun'alterazione nella porzion della fibrina. In quanto agli ultimi gradi e la forma cronica della malattia, niente manifesta il carattere infiammatorio: in ciò non si può vedere che una degenerazione speciale del tessuto renale, alla quale la infiammazione non à preso parte. In che consiste quest'alterazione? Alcuni, lasciandosene imporre dalle grossolane apparenze, ànno ammesso la esistenza di un prodotto accidentale; essi àn creduto che la materia tubercolosa era infiltrata ne' tessuti: è questo un grande errore che non può essere affatto giustificato. Ci sembra impossibile di vedere nelle lesioni che caratterizzano la malattia altra cosa meno che un'alterazione speciale, che risulta da un perversimento della nutrizione, alterazione che potrebbesi ravvicinare forse, come lo à praticato il Signor Becquerel, alla scirrosi. Questo distinto medico pensa che l'alterazione risiede nelle glandole di Malpighi, e consiste in un infiltramento di questi organi di una natura speciale, da dove risulta il loro aumento di volume e la loro ipertrofia. La conseguenza di questa ipertrofia sarebbe la compressione de' tessuti interglandulari, che produce quella de' ramoscelli i più sottili de' canali sanguigni ed urinari e può anche produrre la loro chiusura, siccome si può essere sicuri mediante la iniezione; questa, siccome lo abbiamo già detto, non può penetrare, comunque sottile essa sia. Le ricerche microscopiche tentate da Valentin sembrano confermare in parte la maniera di vedere del signor Becquerel; perchè comunque l'abile micrografo abbia trovato i corpicciuoli di Malpighi intatti, à però veduto che i condotti uriniferi flessibili della sostanza corticale erano ripieni di un liquido giallo grigiastro, formato da particelle granulate, irregolari, di variabile volume, di piccoli corpi molecolari e di globetti gialli di una forma rotonda. In fine recentemente il signor Stuart-Cooper, fissandosi specialmente sull'analisi chimica, à creduto che la chiusura dei tubi renali era prodotta dal sangue coagulato, ed egli spiega i differenti colori del tessuto pel grado più o meno avanzato dello assorbimento delle parti non fibrinose del grumo.

Chechè ne sia, i reni alterati in modo sì profondo sono perversiti nelle loro funzioni. Il Signor Martin-Solon pensa che la sostanza corticale, affetta la prima, non fa subire che un'alterazione imperfetta a' materiali del sangue. Crediamo piuttosto, non ostante la testimonianza di questo distinto medico, che, i reni lasciano solamente passare a traverso delle fisure inerti o certi materiali del sangue; così è che il siero si trova spogliato di una gran parte della sua albumina; così si vede la materia colorante ed i globuli passare a traverso il tessuto renale. Quest'alterazion consecutiva del sangue spiega a suo tempo il pro-

dotto delle idropisie; e ciò in virtù di questa legge fisiologica patologica la quale vuole che i nostri liquidi trasudino tanto più facilmente a traverso i nostri tessuti in quanto divengono meno densi; ciò à luogo pel siero del sangue, quando à perduto una porzione della sua albumina.

MALATTIE SPECIALI AL CUORE

DELLA INSUFFICIENZA DELLE VALVOLE DEL CUORE

Siccome abbiamo precedentemente indicato, si dice che avvi *insufficienza* ogni qual volta le valvole le quali stanno ad uno degli orifici del cuore, occupando completamente il loro orificio di suppa, permettono al sangue di rifluire nella cavità che abbandona. Così se le valvole sigmoidi sono insufficienti, il sangue, spinto nelle arterie polmonale o aorta, rifluisce in parte ne' ventricoli durante la loro diastole; se per lo contrario, la insufficienza à luogo sulle valvole mitrale o tricuspidale, il sangue, durante la sistole de' ventricoli, invece di scappar via unicamente dagli orifici arteriosi, rifluirà in parte nelle orecchiette.

Storia. — La insufficienza delle valvole è stata riconosciuta ed indicata da lungo tempo, siccome si potrà esser convinti da un fatto rapportato da Selle (Osser. XXIV) nelle sue *Observations de médecine*. Però questa malattia non è stata veramente ben descritta che pochi anni or sono; essa lo è stato quasi simultaneamente in Inghilterra da Corrigan e da Hope (1831) più recentemente (1837) è stata studiata dal Sig. Henderson. I patologi francesi non àn tardato ad occuparsene: citeremo specialmente le tesi del Signor Filhos (1833), e del Signor Aris. Guyot (1834), quella del nostro amico Charcellay, di Tours (1836), una memoria del Signor Aran negli *Archives* (1842), dal quale abbiám copiato molte cose; infine il distinto articolo sulle malattie del cuore pubblicato dal Signor Littré nella 2ª edizione del *Dictionnaire de Médecine*.

Anatomia patologica e cause delle insufficienze. — Le cause più frequenti delle insufficienze delle valvole sono: 1° le trasformazioni cartilaginea, ossea, cretacea, di queste supape, alterazioni che ànno lo effetto di deformarle e di contrarle, e specialmente di renderle quasi immobili; 2° le loro aderenze contro natura sia tra esse, sia colla parete corrispondente dello endocardio: 3° la loro rottura, i loro perforamenti, la loro atrofia; 4° le vegetazioni, le concrezioni fibrose ed i veri polipi, i quali impegnandosi nell' orificio, impediscono il corucamento de' bordi opposti delle valvole; 5° il dilatamento considerabile dell' orificio, in guisa che le valvole che ànno conservato la loro lar

ghezza primitiva non possono più chiuderla. Tutte le cause che precedono possono produrre indifferentemente la insufficienza delle valvole arteriose o ventricolari. Ci rimane ora a far conoscere quelle che sono più speciali a ciascuna di esse. Per le valvole sigmoidi sono: 1° un tumore esterno al cuore, come un aneurisma arterioso che protubera nell'aorta o nell'arteria polmonale, in modo ad abbassare una o molte valvole. Hope à pubblicato un caso di questo genere; credo essere il solo conosciuto sin ora; 2° lo stato reticolato, alterazione perfettamente descritta, in questi ultimi tempi, dal Signor Bizot, e che consiste in un assottigliamento delle valvole sigmoidi, che sono crivellate da un numero più o meno considerabile di aperture, delle quali le più piccole sono simili alle puntiture di spilla, e le più grosse àno 5 a 6 millimetri di lunghezza. Diciamo però che, lo stato reticolato produce la insufficienza, solo quando i fiori sono molto larghi ed occupano il mezzo della base delle valvole; perchè si conosce che quando le valvole sigmoidi sono abbassate, esse non si toccano non solo col loro bordo libero, ma anche con una superficie della loro parte membranacea ciò spiega perchè i perforamenti che àno luogo à questo livello non produce spesso alcun disturbo notevole durante la vita (Bizot). Le cause speciali che possono produrre una insufficienza delle valvole tricuspidale e mitrale sono la rottura di uno dei tendini o de' pilastri carnosì destinati a muovere ed a stendere la valvola.

Tra tutte le cause che abbiamo enumerate, le une rendono la valvola solamente insufficiente, senza opporre alcun ostacolo al corso del sangue; le altre, per lo contrario, molto più numerose, determinano ad un tempo e la insufficienza della valvola ed il restringimento dell'orificio. In quest'ultimo caso, avvi *insufficienza con restringimento*; nel primo si dice che la *insufficienza è semplice*.

Per conoscere sul cadavere se le valvole sono insufficienti, bisogna, prima d'inciderle, assicurarsi se presentano un allontanamento, e se si oppongono alla introduzione di un fil d'acqua nelle cavità che sono destinate a proteggere. Così le sigmoidi aortiche quando sono insufficienti, non possono più ritener l'acqua che si versa nell'aorta: quindi il liquido penetra allora nel ventricolo, il che non à luogo quando le valvole sono sane; nella insufficienza della valvola tricuspidale o mitrale, se rovesciando il cuore e collocando la punta in alto, si mette l'acqua nel ventricolo, il liquido penetra egualmente nella orecchiella corrispondente. La insufficienza si accompagna sempre alla ipertrofia delle pareti, ed il più delle volte a dilatazione della cavità, in guisa che la valvola cessa di proteggere contro il riflusso del sangue.

Sintomi e diagnosi. — Nelle insufficienze si osservano quasi tutti i sintomi che accompagnano le malattie organiche del cuore, come dispnea, palpitazioni, rumori morbosi alla regione precordiale, modifiche nel polso, ed in fine le congestioni sanguigne e sierose.

I segni particolari che possono fare diagnosticare le insufficienze risiedono specialmente ne' caratteri del polso, come anche in quelli de' rumori morbosi e nei loro rapporti tra essi.

Così nella insufficienza *semplice*, cioè senza restringimento delle valvole sigmoidi dell'aorta, il rumore primo è naturale, ma il secondo è sostituito da un rumore di soffio prolungato, che spesso occupa tutto lo intervallo chiamato gran silenzio (1). Questo soffio, che è prodotto dal riflusso del sangue nel ventricolo, è qualche volta musicale, spasimante, ma non à mai l'asprezza del rumor di raspa, di lima o di sega, anzi quasi sempre è dolce, o molle, e dà una sensazione che Hope paragona all'aspirazione prolungata della parola inglese *awe*. Ha il suo massimo d'intensità al livello dell'orificio aortico, che corrisponde quasi al bordo inferiore della terza costa vicino al bordo sinistro dello sterno; esso si prolunga inferiormente dalla parte del ventricolo, e specialmente in alto, in una estensione di 16 a 18 centimetri sul tragitto dell'aorta. Quando la insufficienza è molta, si trova questo soffio ne' principali tronchi arteriosi, e specialmente nelle carotidi e le succlavie. Nello stesso tempo il polso offre de' caratteri particolari, che Corrigan ed Hope ànno ben descritti: è saltellante; si direbbe che il vaso è disteso dalle molle; ma nello stesso tempo può essere depresso; il saltellamento aumenta quando si alza il membro inferiore. Le arterie del collo, della testa, e quelle degli estremi superiori, sono agitate da visibili pulsazioni e da una specie di tremore; a misura che la insufficienza aumenta, addivengono flessibili, e le loro pareti facendosi spesse, non possono più contrarsi dopo la diastole (2). Il dottor Henderson pretende pure che nella insufficien-

(1) Si sa che studiando il ritmo de' rumori del cuore, si sente anzi tutto il primo rumore, o rumor sordo che coincide coll'urto della punta del cuore; poi avvi un *piccolo silenzio* durante il quale le arterie battono; arriva in seguito il secondo rumore, il quale è chiaro; esso è seguito da un riposo più lungo del primo, che chiamasi *gran silenzio*.

(2) Il carattere sì distinto delle pulsazioni arteriose è stato spiegato dal Signor Corrigan nel seguente modo. Ne' casi d'insufficienza, dopo ciascuna contrazione del ventricolo, il sangue riflisce nel cuore. Questo movimento retrogrado à luogo specialmente nell'aorta ascendente e ne' rami che ne partono. Quindi si osserva che questi vasi perdono la loro resistenza sotto il tatto e diminuiscono di volume dopo ciascuna contrazione del cuore. In questo stato una novella onda di sangue è spinta nell'aorta e ne' suoi rami dal cuore il più delle volte ipertrofiato, e li distende al momento in cui ritor-

za delle sigmoidi dell'aorta, esiste un intervallo anormale tra la contrazione del cuore ed il polso delle arterie più lontane. Però questo fenomeno non è speciale alla insufficienza, perchè questo difetto d'isocronismo tra la contrazione ventricolare e la sistole delle arterie periferiche è un fenomeno fisiologico che può verificarsi facilmente ogni qual volta la circolazione è luogo con una certa lentezza.

Aggiungiamo finalmente che nella insufficienza di cui è parola, esistono costantemente i segni di atrofia con dilatamento del ventricolo sinistro; questa lesione è quella che spiega in parte le pulsazioni insolite delle arterie, lo stato saltellante del polso, il quale però è suscettibile di depressione, in ragione del riflusso del sangue che è luogo nel ventricolo durante la diastole.

Quando esiste simultaneamente insufficienza delle valvole sigmoidi e restringimento dell'orificio aortico, i due rumori del cuore sono sostituiti da un doppio rumor di soffietto: quello però che esiste al primo tempo è ordinariamente aspro, spesso anche è un vero rumor di raspa o di sega, mentre che il secondo è sempre dolce, molle, aspirativo; infine tale quale lo abbiamo studiato nella insufficienza semplice.

Il rumor di soffio al secondo tempo è un fenomeno comune alla insufficienza semplice ed al restringimento dell'orificio auricolo ventricolare sinistro; pur tuttavia non sembra manifestarsi con caratteri identici nell'una e nell'altra malattia; quindi mentre nella prima è il suo massimo di forza al bordo inferiore della terza costa, nella seconda lo si sente specialmente alquanto al di sopra della punta del cuore; il suo suono è pure più aspro e più sordo; tutto ciò però altro non è che variazioni delle quali non bisogna troppo tener conto. Abbiain provato in oltre che non bisognava azardarsi a diagnosticare la sede della lesione pel punto del torace ove il soffio esiste al suo massimo: così crediamo che per stabilire la diagnosi differenziale della insufficienza semplice delle sigmoidi aortiche e quella del restringimento dell'orificio auricolo ventricolare sinistro, bisognerà aver

navano su di loro stessi. A questa specie di oscillazione, a questo flusso e riflusso del sangue, è dovuta la ondulazione, la pulsazione che osservasi nelle arterie di cui è parola. Il fenomeno è più apparente nelle arterie della testa e del collo anzichè in quelle delle membra, perchè la loro direzione vi favorisce il riflusso del sangue nell'aorta. Si possono qualche volta determinare i battiti simili nelle arterie del braccio e del pugno, quando alzando il membro perpendicolarmente al di sopra della testa, si favorisce con questa posizione il ritorno del sangue verso l'aorta. Si può ottenere lo stesso risultato, però più difficilmente, per le membra inferiori coricandole orizzontalmente e alzandole nell'aria.

riguardo specialmente alle pulsazioni delle arterie delle parti superiori, al carattere saltellante del polso, che esiste nel caso d'insufficienza, mentre abbiain veduto che specialmente nel restringimento ventricolare era piccolo, ineguale, intermittente. Sulla mancanza di questo carattere del polso e su quella del soffio delle artiere, bisognerà fondarsi in un caso di rumor di soffio al secondo tempo, avvertito presso lo sterno, tra la seconda e la terza costa, per sospettare una insufficienza delle sigmoidi aortiche; pur tuttavia la prima di queste lesioni è talmente rara, che non è stata per anco sufficientemente studiata onde stabilire in modo conducente la sua diagnosi differenziale.

Hanno assegnato per sintomo alla insufficienza della valvola mitrale di produrre un leggiero soffio al primo tempo, avendo il suo massimo verso la punta del cuore. Si è pur detto che se la insufficienza coesisteva con un restringimento dell'orificio, vi era un doppio rumore di soffio inteso allo stesso punto; pur tuttavia non possediamo ancora che dati talmente imperfetti su di ciò, da sembrarci quasi impossibile di arrivare ad una diagnosi motivata. Quel che diciamo qui si applica, con maggior ragione, alla insufficienza della valvola tricuspideale.

Corso, durata, esito. — Le insufficienze hanno quasi lo stesso corso de' restringimenti; esse hanno, come questi ultimi, una variabile durata, quasi illimitata. Corrigan non à veduto mai perire gli ammalati prima di due o tre anni di sofferenze. In un caso, ò veduto la morte aver luogo tre mesi dopo lo sviluppo de' primi accidenti: il cuore era enorme; la insufficienza era stata consecutiva ad un perforamento di una delle valvole sigmoidi. Molti ammalati colpiti da insufficienza muoiono di botto per sincope.

Pronostico. — Le insufficienze delle valvole dunque sono lesioni gravissime, incapaci di guarigione. Esse costituiscono uno stato più pericoloso ancora del semplice restringimento degli orifici.

Cura. — Le regole della cura indicate pe' restringimenti degli orifici sono pure applicabili a' casi d'insufficienza. Forse in quest'ultimo caso non bisogna troppo far uso de'salassi per non indebolire la elasticità del cuore; però crediamo che Corrigan ne à troppo temuto l'uso. Consigliamo coll'abile professore d'Edimbourg, di non amministrare la digitale, atteso che rallentando i battiti del cuore, si dà campo che una maggior quantità di sangue rifluisca nell'organo quando le contrazioni sono più precipitate; si comprende facilmente ciò che avvi di pericoloso in tutto ciò.

MALATTIE SPECIALI ALLE VIE RESPIRATORIE

DELL' ASFISSIA

Preso nel suo senso etimologico, la parola *asfissia* significa mancanza del polso (da *a privo* e , *φύξις* , polso) ma l' uso l' à consacrata da lungo tempo per indicare la morte apparente, proveniente primitivamente dalla sospensione de' fenomeni respiratori, o meglio ancora dalla sospensione della ematosi.

Storia. — Conosciuta in tutti i tempi, l' asfissia non è stata però studiata in modo convenevole che in quest' ultimo secolo. Morgagni riassumendo nella sua diciannovesima lettera i lavori de' suoi predecessori, ed aggiungendovi le sue ricerche, imprese allo studio dell' asfissia un felice impulso. Dopo qualche tempo comparvero successivamente i lavori di Goodwen, di Bichat, di Pinel e di Portal. Infine andiamo debitori a molti nostri contemporanei de' lumi su certi punti mal conosciuti e di molta perfezione recata al metodo di cura della malattia. Mi basterà citare qui i bei lavori di Edwards (1), quelli de' signori Orfila (2) Berard (3), Piorry (4), Devrgie (5), Leroy d' Etioles (6), di Mare (7), ec.

Divisioni e cause occasionali. — Le asfissie possono essere collocate in due classi, avuto riguardo alle loro cause occasionali. In una prima classe saranno messe le asfissie prodotte perchè un fluido elastico à cessato di penetrare ne' polmoni; nella seconda saranno tutte quelle che sono determinate per la penetrazione nelle vescichette polmoni di un gas eterogeneo alla ematosi.

La prima classe di asfissia à luogo quando il corpo è immerso in un mezzo fuori che il fluido elastico; ciò à luogo per esempio, per la sommersione in un liquido qualunque. In questo modo periscono pure la maggior parte degl' individui sorpresi sotto un sfondamento di terra. Altre volte il corpo resta immerso nell' atmosfera, ma l' asfissia à luogo perchè un ostacolo meccanico si oppone onde l' aria penetri nelle vescichette polmonali; tali sono le compressioni della parte toracica da un corpo pesante qualunque, come quando gl' individui si trovano sof

(1) *Influence des agents physiques.*

(2) *Secours aux asphyxiés.*

(3) *Diction. de médecine, article Asphyxie.*

(4) *Traité des alterations du sang.*

(5) *Médecine légale.*

(6) *Journal de Magend'e, t. VII ed VIII.*

(7) *Secours à donner aux noyés et aux asphyxiés.*

figati in mezzo ad una moltitudine. Altre volte, la pressione si esercita sopra la laringe; ciò à luogo nello strangolamento con sospensione o senza. Gli ostacoli perchè l'aria non penetri possono essere interni; tali sono quelli occasionali dalla tumefazione delle tonsille, dallo edema della glottide, dalla tracheite o dalla presenza di un corpo estraneo nella laringe e ne' bronchi (false membrane, polipi, mucosità, corpi venuti dal di fuori); o pure la pressione che esercita un tumore sul tragitto dei tubi aerei; tali sono certe flemmasie del collo, certi gozzi voluminosi, i corpi estranei arrestati nello esofago, gli aneurismi dell'aorta ed i gangli tubercolosi de' bronchi.

Bisogna comprendere nella stessa classe le asfissie prodotte da un enfisema interlobulare istantaneamente sviluppato, per un doppio versamento pleuritico, per una doppia piaga penetrante nel petto che permette all'aria di penetrare nelle due pleuri, il che produce lo abbassamento de' due polmoni. Citiamo ancora lo spingimento del diaframma mediante i visceri addominali o perchè questi penetrano nel petto, dopo una piaga o una lacerazione di questo muscolo. Infine, il solo ostacolo all'arrivo dell'aria risiede nella paralisi de' muscoli inspiratori, o ciò osservasi nelle lesioni della parte superiore della midolla. La compressione e la sezione de' nervi pneumo-gastrici può anche determinare l'asfissia; ma questa sembra allora aver luogo, sia per una paralisi de' bronchi, sia piuttosto anche perchè la sensazione del bisogno di respirare si trova abolita. Infine la contrazion spasmodica, convulsiva de' muscoli inspiratori, mantenendo il torace nella immobilità, può avere lo stesso effetto della paralisi: ciò viene osservato in molti tetanici, i quali quasi tutti muoiono asfittici. A questa specie di asfissia per cessazione dello influxo auno ravvicinati gli effetti prodotti dal fulmine e da un freddo intenso e prolungato. Pur tuttavia nell'assiderazione, avvi degli effetti molteplici risultanti dalla commozion cerebrale, e qualche volta da un'azione che determina l'asfissia su' i polmoni. Nel coagulo, gl' individui sembra che periscano piuttosto per una congestion cerebrale anzichè per una vera asfissia.

Abbiam detto che nella seconda classe delle asfissie si comprendevauo tutte quelle prodotte dalla ispirazione di un fluido elastico fuorchè l'aria atmosferica o l'ossigeno. I gas che possono così determinare l'asfissia agiscono in molte maniere. Gli uni uccidono perchè si oppongono solamente all'ematosi, perchè non possono sostituire l'aria: tali sono l'azoto, l'idrogeno e forse il protossido di azoto. Quasi tutti poi impediscono ad un tempo la ematosi come i primi, ed esercitano di più un'azione tossica particolare; tali sono i gas acido carbonico ed ossido di carbone, gli acidi solforosi, nitrosi, il cloro, l'ammoniaca, gl'idrogeni carbonato, solforato, arsenicale, ec, per quest'azion

deleterea alcuni medici, e poi seguendo il loro esempio, abbiamo considerato questi gas siccome quelli che determinano piuttosto un avvelenamento anzichè una vera asfissia: però bisogna ammettere l'uno e l'altro effetto. Alcuni autori han nominato *positiva* l'asfissia che si complica ad avvelenamento, e *negativa* quella che à luogo soltanto per la privazione dell'aria: queste espressioni però, poco esatte, sono cadute in disuso.

Alterazioni cadaveriche che trovansi negli asfittici. — In quelli che muoiono per asfissia, si trova che il sangue è molto più nero del solito, è quasi sempre fluido; esiste in maggior quantità nelle vene, mentre è pochissimo nel sistema vascolare a sangue rosso; altre volte poi, il sangue sembra diviso quasi in parti eguali tra le arterie e le vene. Quasi tutti gli organi ne sono zeppi; ciò à luogo specialmente pe' polmoni e pel fegato, che sono più pesanti, più voluminosi e spesso violacei allo esterno. Tutto il sistema della vena porta è disteso; la mucosa gastro-intestinale è iniettata e nerastra; quando la morte è rapida, le cavità del cuore sono vuote o quasi vuote, e le pareti dell'organo dure e contratte. Ma quando l'asfissia succede lentamente, si trova per lo contrario molto sangue nel cuore, ma questo fluido è più bondante nelle cavità destre che nelle sinistre. In tutti i casi le vene ed i seni cerebrali ne sono zeppi; il cervello è disseminato di punti sotto il taglio; spesso il siero distende i ventricoli ed infiltra il tessuto cellulare sotto aracnoideo. Infine la pelle offre in molti punti e specialmente alla faccia, una tinta violacca dipendente dallo ingorgo de' suoi capillari; questo colorito differisce dalle lividure cadaveriche in quanto che non può spiegarsi per la posizione del cadavere. Infine si è detto che gli asfittici conservavano per lungo tempo il loro calore, e che la rigidezza cadaverica era in essi più distinta e più prolungata che negl' individui morti per altre malattie. Però questi caratteri offrono molte variazioni secondo la temperatura, il genere di asfissia e la maggiore o minor rapidità colla quale la morte à luogo.

Sintomi, corso. — La sospensione della respirazione o piuttosto della ematosi si accompagna a particolari disturbi. Così gl' individui provano, dapprima un senso d'inesprimibile angoscia, accusano un costringimento penoso verso la laringe e lo sterno; il loro torace è agitato da movimenti violenti; anno sbadigli; tosto i centri nervosi prendono parte a' disturbi funzionali; si manifesta peso alla testa, vertigini, offuscamenti e susurri delle orecchie; la intelligenza è indebolita, le funzioni del sensorio, ottuse, tosto si sospendono; nello stesso tempo i muscoli non potendosi più contrarre, lo individuo rimane immobile e cade se trovasi ritto. L'abitudine esterna manifesta allora l'ostacolo col quale à luogo la circolazione; la faccia è gonfia, azzurrognola,

le labbra sono gonfie e violacee, gli occhi umidi e protuberanti, le congiuntive iniettate; le vene giugulari distese dal sangue; il naso, le orecchia, le mani ed i piedi hanno un colorito violaceo; tutta la pelle presenta de' mazzetti e de' marchii, i battiti del cuore, ineguali, intermittenti, s'indeboliscono mai sempre; infine i movimenti respiratori, sempre più rari si sospendono affatto, e sono seguiti quasi contemporaneamente dalla cessazione de' battiti del cuore. Allora lo ammalato trovasi in una immobilità completa, ed il suo stato non è affatto differente dalla morte, meno che per la presenza del calore animale e per la mancanza di qualunque rigidità.

I fenomeni che abbiamo esposti si succedono più o meno rapidamente, secondo la causa che determina l'asfissia. Quando la respirazione è bruscamente sospesa, come nel caso di strangolamento, o quando lo individuo rimane sommerso o sepolto nella terra, o immerso in un'atmosfera di azoto o d'idrogeno, ec. lo stato di malessere o piuttosto di agoscia di cui abbiamo fatto parola si manifesta quasi subito, cioè dopo trenta o quaranta secondi. Alla fine di un minuto o di un minuto e mezzo, la faccia e già azzurrognola; le funzioni cerebrali sono ottuse; infine lo abbattimento completo, con cessazione della respirazione e della circolazione, non tarda ad aver luogo. Se per contrario, la sospensione della respirazione non è completa, definitiva, se il paziente può di tempo in tempo introdurre ne' suoi polmoni una piccola quantità di aria, siccome ciò à luogo spessissimo nella sommersione, i sintomi si succederanno con minore prontezza ed energia. Infine se la sospensione della respirazione succede a gradi come quando un ostacolo che si aumenta ciascun giorno incomoda viemmaggiormente l'entrata dell'aria ne' polmoni, i sintomi di asfissia si svilupperanno lentamente e non avranno la intensità che abbiamo notata ne' casi precedenti. Qui la ematosi non essendo affatto interrotta, ma solamente incompleta, gli ammalati provano ansietà ed una oppressione sternale; la faccia si gonfia, le labbra divengono violacee; le facoltà intellettuali e del comune sensorio sono sempre più ottuse, le mani si raffreddano ed acquistano una tinta azzurrognola, tutta la pelle del corpo si cove di sudori vischiosi, il polso è piccolo, ineguale, intermittente, e la percussione indica un aumento di volume, specialmente a spese delle cavità destre, dove il sangue ristagna; infine la morte à luogo lentamente, qualche volta per lo contrario, à luogo di botto e quando gli ammalati sono in istato di poter vivere ancora qualche altro tempo. Questa specie di asfissia a corso lento è quella che dà termine spesso a molte malattie delle vie aeree, specialmente allo edema della glottide, al croup, alla bronchite capillare, allo enfisema polmonale, ec. I sintomi possono durare per molti giorni di seguito, sia che si ag-

gravino incessantemente, sia che presentino di tempo in tempo qualche remittenza. In riassunto, l'asfissia è tanto più rapida e la morte tanto più sollecita in quanto la sottrazione dell'aria è più completa e più istantanea.

Quasi tutti gl'individui ne quali l'asfissia è completa periscono se non si affrettano i mezzi atti a richiamar la vita. Se la ematosi è sospesa per lo elasso di tempo di cinque o sei minuti, torna difficile rianimare gli ammalati. Però si citano numerosi fatti d'individui i quali an potuto, senza morire, restar sommersi, sotterrati o sospesi per lo spazio di quindici minuti, una mezz'ora, un' ora, sei, quarantott'ore, tre giorni ed anche più; quasi tutti questi fatti mancano di autenticità, ed il prolungamento della vita al di là del termine ordinario spiegasi in alcuni per uno stato sincopale il quale sospendendo i battiti del cuore, ha impedito che gli effetti dell'asfissia avessero luogo: si potrà esser convinti su di ciò quando ci faremo a dimostrare il meccanismo secondo il quale l'asfissia succede.

Quando è concesso di richiamare alla vita un asfittico, si comincia a sentire alcuni movimenti oscuri o piuttosto una specie di fremito alla regione precordiale; le coste si sollevano debolmente; tosto le pulsazioni del cuore sono distinte; il polso si fa percettibile, e la respirazione è più completa; allora ritorna il calore e scompare il colorito cianotico. Quasi tutti gli ammalati però provano per un tempo più o meno lungo mal'essere, spezzamento, cefalalgia dolori nelle membra, ed alcuni presentano tutti i sintomi di qualche congestione o infiammazione viscerale.

Diagnosi. — L'asfissia è sempre di facile diagnosi. I commemorativi, la conoscenza delle cause alle quali lo individuo è stato esposto illumineranno il medico sulla natura degli accidenti che sta osservando. Nessun' affezione cerebrale può essere confusa coll' asfissia, poichè se nelle prime avvi spesso risoluzione generale, la respirazione almeno non è mai completamente sospesa. La sincope è la sola malattia che offre qualche simiglianza coll' asfissia; ma la mancanza di qualunque causa capace di produrre l' asfissia, la perdita della conoscenza e l' abolizione del polso prima che alcun fenomeno morboso abbia luogo nella respirazione, il pallor della faccia e di tutto il corpo, la prontezza colla quale la vita ritorna per la posizione orizzontale e la inclinazione della testa in basso, faranno distinguere facilmente la sincope. Torna altrimenti difficile poter distinguere l' asfissia completa dalla morte vera; così quando la rigidità cadaverica o la putrefazione non esiste ancora, bisogna, a qualunque epoca potesse risalire l' asfissia, impiegare i mezzi atti a rianimare lo individuo, perchè, come dice ragionevolmente il dottor Bérard, torna difficile decidere quale sia l' epoca in cui la morte reale è venuta in seguito della morte apparente.

Pronostico. — L' asfissia è tanto più grave in quanto avvi meno speranza di richiamare in vita lo individuo ; che la causa produttrice è più difficile ad essere allontanata, che à agito per un tempo più lungo. Infine a cose eguali, l' asfissia prodotta da un gas tossico è più grave di quella che risulta da un semplice ostacolo meccanico che si oppone alla introduzione dell' aria.

Cura. — Chiamato il medico presso un asfittico deve prima occuparsi a distruggere o allontanare le cause che ànno prodotto l' asfissia ; poi s' impiegheranno diversi mezzi, de' quali gli uni sono applicabili a tutte o quasi tutte le asfissie, mentre che gli altri sono speciali a certe specie.

Tutti sono di accordo che per richiamare alla vita gli asfittici, bisogna rianimare i movimenti respiratori e per conseguenza l' azion del cuore. Si è consigliato perciò di eccitare il calorico mediante i ferri caldi ambulanti sulla superficie del corpo ; si praticheranno in oltre le frizioni secche o irritanti sulla colonna e su i muscoli pettorali, si ecciteranno le membrane mucose, siccome fornite della proprietà di conservare lungo tempo la loro irritabilità : quindi è che si prescrivono i starnutatori, si solletica l' ugola, si fanno bruciare i fiammiferi sotto il naso, o si danno i clisteri purganti o semplicemente stimolanti; ànno anche raccomandato le insufflazioni di aria calda e specialmente del fumo del tabacco ; ma questi mezzi non sembrano affatto utili, e potrebbero divenir pericolosi distendendo troppo gl' intestini, perchè sarebbe ciò un ostacolo allo abbassamento del diaframma, e per conseguenza allo ristabilimento della respirazione. Infine, si agisce direttamente su i muscoli inspiratori facendo eseguire al petto i movimenti alternativi di elevazione e di abbassamento i quali ànno luogo nell' atto della respirazione. I signori Thillaye e Leroy d' Etioles ànno pubblicato alcuni fatti che sembrano dimostrare in simile caso la utilità del galvanismo. Infatti se si tuffa un aco sottile tra la ottava o nona costa, in modo da incontrare uno degli attacchi del diaframma: se in seguito si stabilisce una corrente con una pila, il diaframma può tosto contrarsi ed aver luogo una inspirazione. Quando si riesce, s' interrompe la corrente durante la respirazione per ristabilirla subito dopo, affin di provocare una novella inspirazione. Nello stesso scopo ànno consigliato le insufflazioni dell' aria. Altre volte queste erano praticate da bocca in bocca, avendo cura di chiudere le narici di colui che si vuol chiamare in vita ; così facendo però, non si può far penetrare una grande quantità di aria ne' polmoni, e questa stess' aria è più o meno alterata : così a questo metodo è stato sostituito la insufflazione fatta mediante un soffiello adattando alla estremità una sonda, che si porta, per la bocca o per le narici, sin nella laringe. Questa pratica sembra essere stata spesso utile ; però richiede grandi precauzioni, e bisogna

guardarsi per non spingere l'aria con troppa forza, perchè il Signor Leroy d'Etiolles, come anche i signori Magendie e Duméril, hanno dimostrato che così agendo si poteva produrre la rottura delle vescichette polmonali e dar luogo ad un infisma prontamente mortale. Invece d'insufflare l'aria, alcuni, specialmente il Signor Albert, consigliano di servirsi della cannuola laringea e del soffiello che si adatta per aspirare il resto di aria contenuta ne' polmoni. Quest'aspirazione infatti à spesso per risultato di risvegliare, di eccitare il polmone, il quale si mette tosto a respirare, come per riprendere l'aria che gli si toglie.

Il salasso in fine è stato molto raccomandato; ma dietro il parere degli uomini più competenti, non conviene che in alcune asfissie: in quelle per sospensioni o per strangolamento; per esempio, quando la congestione cerebrale è forte, e quando si suppone che la compressione del cervello sia un ostacolo allo ristabilimento delle funzioni respiratorie e circolatorie. In tutti i casi, non conviene affatto, sarebbe anche spesso pericoloso incominciare la cura col salasso.

Crediamo quasi inutil cosa dire che nessuna bevanda deve esser amministrata ad un asfittico se non quando la deglutizione sarà libera. Diversamente facendo si sarà esposto veder penetrare una parte del liquido nelle vie aeree.

Teoria dell'asfissia, maniera con cui a luogo. — Torna curioso sapere in che modo à luogo l'asfissia; la soluzione di questo problema à esercitato sin dall'ultimo secolo la sagacia di molti, fisiologi, e molte spieghe sono state proposte. Ne' tempi di Haller, si credeva che mentre esisteva la sospensione della respirazione i polmoni cessando di essere permeabili al sangue, per lo abbassamento del loro tessuto e della flessibilità de' loro vasi, il liquido non arrivava più nel ventricolo sinistro, da ciò l'arresto definitivo della circolazione e la morte apparente seguita tosto dalla morte reale. Questa teoria, contraria a' risultati offerti dalle autopsie non tardò ad essere combattuta da Goodwin, il quale in un distinto lavoro, pubblicato a Londra nel 1788 dimostrò che la sospensione della respirazione non impediva che il sangue attraversasse i polmoni ed arrivasse dalle cavità destre del cuore nelle cavità sinistre. Per lui, nell'asfissia, il sangue, cessando di essere fornito delle proprietà arteriose, e non avendo che qualità del sangue venoso non può più eccitare le contrazioni dell'orecchietta e del ventricolo sinistro; così queste parti cessano bentosto di agire, e l'asfissia à luogo. Si vede che secondo Goodwin, la morte apparente risulterebbe, come nella teoria di Haller, da un arresto della circolazione; solamente questo pensava che l'ostacolo risiedeva in una impermeabilità del polmone, mentre che il primo

lo colloca nel cuore sinistro, il quale, non ricevendo più sangue arterioso, cessa di contrarsi per difetto di eccitamento.

Questa teoria, che produsse grande sensazione nel mondo de' dotti, non tardò al essere sostituita da quella di Bichat. Il nostro gran fisiologo riconobbe, siccome Goodwin, che il sangue non fornito del principio arterioso, aveva una virtù stupefaciente; ma egli dimostrò che questo sangue non arrestava affatto, siccome era stato detto, le contrazioni del cuore. Provò anzi che continuando a contrarsi per qualche tempo durante l'asfissia, il cuore spingeva in tutti gli organi un sangue completamente nero, ed incapace d'intrattenere la loro azione, sia che non fosse abbastanza stimolante, sia che esercitasse per essi una influenza deleterea e quasi tossica. Dietro questa idea, l'asfissia sarebbe un fenomeno generale che si sviluppa nello stesso tempo in tutti gli organi. Questi muoiono dunque simultaneamente, non per lo arresto della circolazione, ma perchè cessano di ricevere il sangue arterioso. Ciò è tanto vero, che quando gl'individui sottommessi ad una causa capace di produrre l'asfissia cadono in sincope prima che la respirazione fosse stata completamente sospesa, la vita può prolungarsi per lungo tempo, e questi ammalati possono essere facilmente rianimati, perchè, in ragione dello arresto della circolazione, ch'è un fenomeno primitivo della sincope, i loro organi non han potuto essere impregnati di sangue venoso. Avviene pure ciò perchè il sangue nero è incapace di fornire i materiali necessari alle secrezioni, alle esalazioni ed alla nutrizione, e la sua quantità sembra essere maggiore in quelli colpiti da asfissia che in quelli morti da qualunque altra malattia.

Tale è la bella teorica che Bichat à sviluppata nelle sue immortali *Recherches sur la vie et la mort*. Dopo essere stata ricevuta ovunque ed adottata da tutte le scuole, è stato recentemente l'oggetto di alcuni attacchi. Un fisiologo inglese, Phi. Kay, infatti à cercato di scuoterla ritornando alle idee che erano state in vigore sotto l'impero di Haller. Così à sostenuto, contro Bichat, che durante la sospensione della respirazione vi era arresto nella circolazione polmonale, ristagno del sangue nelle cavità destre, mentre che le sinistre, rimanendo vuote e non essendo più eccitate, cessavano di contrarsi. Diciamo però, col Signor Bérard, che Kay non à rovesciato la teoria di Bichat, ma solamente corrette alcune inesattezze, e piuttosto alcune esagerazioni sfugite al nostro gran fisiologo. Quindi bisogna ammettere oggi che, durante la sospensione della respirazione, la circolazione polmonale è meno attiva e stentata; che il sangue venoso non à una influenza così deleterea siccome lo pretendeva Bichat, poichè si può, iniettando in un membro, ristabilire momentaneamente la irritabilità galvanica ne' muscoli, dove era

stata distrutta per difetto della circolazione. Pur tuttavia è certo che dall'azione propria del sangue venoso, e non dall'arresto della circolazione dipende la sospensione delle funzioni cerebrali che osservasi sin dallo sviluppo dell'asfissia, e molto prima che le pulsazioni arteriose abbiano cessato di agitare la massa encefalica.

**DELLE PRINCIPALI SPECIE DI ASFISSIA PRODOTTE DA
UN OSTACOLO MECCANICO ALLO INGRESSO DELL' A-
RIA NE' POLMONI.**

Vogliamo parlare in particolare di tre specie principali di asfissie prodotte da un ostacolo meccanico alla libera entrata dell'aria ne' polmoni; sono desse le asfissie, 1. per compressione del torace, 2. per strangolamento, 3. per sommersione.

DELL' ASFISSIA PER COMPRESSIONE DEL TORACE

L'asfissia per compressione del torace à luogo negl'individui da' rovesci di terra, sotto le ruine delle case, o pure in quelli oppressi in mezzo ad una moltitudine; in tutti i casi, la morte può essere quasi istantanea. Se la pressione esterna è fortissima, gl'individui muoiono allora per sincope anzichè per asfissia, siccome vien provato dallo sparo de' cadaveri. Se la compressione è meno violenta, o meno continua, i pazienti possono ancora respirare debolmente per qualche tempo, la morte à luogo in questo caso in mezzo a tutti i sintomi dell'asfissia, accompagnata da una congestion considerabile della testa: così avvenne a ventitre individui i quali, il 14 giugno 1837 furono soffogati in mezzo alla folla al Campo di Marte, e che presentavano tutti un colorito violaceo e le ecchimosi alla faccia, al collo, che si estendevano pure in moltissimi sul petto. La congiuntiva oculare era ecchimosata e sollevata come nella climosi, infine una schiuma sanguinolenta bagnava le labbra, ed il sangue gemeva dalle narici e dalle orecchie in moltissimi. In tutti, la pressione del torace era stata talmente forte, che un terzo presentava le fratture di molte coste ad un tempo.

Queste lesioni traumatiche e la intensità della congestion cerebrale rendevano questa specie di asfissia estremamente grave; non conosciamo ancora la sua durata media.

Le ricerche necroscopiche avendo provato che, in tali casi, la morte aveva luogo e per la sospensione della respirazione,

e spesso anche in seguito di una violenta congestion cerebrale, ne siegue che il metodo curativo dovrà essere diretto simultaneamente contro i due stati; così bisogna cercare a rianimare la respirazione co' mezzi precedentemente indicati, e combattere la congestion cerebrale colla posizion quasi verticale che si dà alla testa e coll' uso del salasso; sarà forse preferibile in simil caso l' apertura della giugulare.

DELL' ASFISSIA PER STRANGOLAMENTO E PER SOSPENSIONE O IMPICCAMENTO

Conosciamo che lo strangolamento consiste solamente nel semplice costringimento del collo, ordinariamente esercitato da un laccio. Nello impiccamento, lo individuo è pure sospeso dal laccio che circonda il collo e lo stringe. Si comprende che, in quest'ultimo caso, il peso del corpo deve molto aumentare gli effetti del costringimento.

Le ricerche cadaveriche hanno dimostrato che gl' impiccati potevano perire in quattro modi differenti cioè; 1°. per congestion cerebrale, 2°. per asfissia, 3°. per congestione e per asfissia ad un tempo, 4°. per lesione della midolla spinale, così una frattura una diastasi o una lussazione delle prime vertebre, possono determinare una paralisi de' muscoli inspiratori, il che è seguito da una morte quasi istantanea: però questo fatto è molto raro. Nella maggior parte de' casi, gli impiccati, come quelli che sono stati sottoposti al semplice strangolamento, muoiono ad un tempo e per asfissia e per congestion cerebrale. Questa semplice indicazione manifesta quali siano le lesioni che trovansi sopra i cadaveri.

Nell'autopsia la faccia ora è palida e quasi naturale; altre volte è iniettata, gonfia, azzurrognola; la lingua può sporgere tra i denti, allora è violacea ed ingorgata; gli occhi sono iniettati, umidi, ed il sangue può gemere dalle orecchia, dalla bocca dal naso. La pelle del collo offre la impronta di uno o molti solchi trasversi o obliqui variabilissimi secondo la forma, il numero e la direzione de' lacci impiegati. A questo livello, i tegumenti sono qualche volta brunastri, dissecati, siccome pergamena, in ragione della pressione che hanno subito; il tessuto cellulare sottostante al solco è bianco, secco, o pure umido ed offre un aspetto argentino; di rado si osservano le ecchimosi; infine i muscoli, i vasi le cartilagini della laringe e le vertebre possono offrire differenti lesioni delle quali non dobbiamo far parola in cotesto luogo, per essere accuratamente descritte ne' libri di medicina legale, perchè servono spesso a determinare se la so-

sospensione sia stata volontaria o no, e se prima o dopo la morte dello individuo.

Dietro l'assertiva di alcuni impiccati richiamati poscia in vita e di alcuni individui che hanno avuto la pericolosa curiosità di sperimentare su di se stessi gli effetti della sospensione al laccio, si sa che dopo lo stringimento del laccio alcuni provano un senso di piacere, una erezione della verga con voluttuosa eiaculazione. Però la vista tosto si turba, le fiammelle azzurrognole sembrano svolazzare innanzi agli occhi; infine la perdita della conoscenza non tarda e la morte reale à luogo prontamente. Però non succede sempre lo stesso: in fatti alcuni sospesi mostrano di soffrir molto, almeno la loro fisionomia esprime ciò: allora le loro membra sembrano essere state agitate da movimenti convulsivi, perchè spesso le superiori si trovano contratte e le dita talmente piegate che le unghie sono profondamente scolpite nella spessezza della pelle. Le erezioni che osservansi in molti impiccati, non sono sempre seguite da eiaculazioni, alcuni le hanno spiegate per i stiramenti che la midolla spinale prova durante la sospensione, mentre altri ne hanno fatto un semplice fenomeno d'ipostasi, che spiegasi per la situazione verticale del corpo. Questa ultima spiegazione del fenomeno non sembra vera; infatti abbiamo detto che alcuni impiccati hanno la coscienza della loro erezione, e la eiaculazione fa provar loro un senso voluttuoso; tutto ciò prova che il fenomeno dipende in questo caso, come in tutti i casi dalla influenza del sistema nervoso.

Torna più spesso impossibile determinare, vedendo un appiccato, se la vita sia solamente sospesa o estinta, e se gli accidimenti sono dovuti ad un'asfissia piuttosto anzichè ad una violenta congestion cerebrale. Tuttavia abbiamo detto che queste due cause di morte esistevano quasi sempre simultaneamente; questa conoscenza però importa poco per la cura, che sarà la stessa ne' due casi.

Il pronostico è tanto più grave in quanto il costringimento è stato più forte e più prolungato. Non possiamo dire dopo quanto tempo ogni speranza svanisce di richiamare in vita gl'individui; in fatti si cita lo esempio di molte persone che son rimaste appiccate per lo spazio di una o molte ore, una notte o un giorno intero, senza che la morte ne sia stata il risultato. Questi casi eccezionali dipendono dalla direzione e dal grado di costringimento del laccio, e specialmente da qualche circostanza anatomica che à impedito la corda di comprimere e di appiccicare la laringe; tale è per esempio la ossificazione della cartilagine cricoide.

Le regole della cura sono quelle stesse che abbiamo indicate all'articolo asfissia per compressione del torace.

DELL' ASFISSIA PER SOMMERSIONE

L'asfissia per sommersione è quella che à luogo quando la testa è immersa in un liquido.

Nella sommersione ordinaria, lo individuo dopo essere penetrato più o meno profondamente nell'acqua, non tarda a risalire alla superficie, mediante i movimenti istintivi che esiegue. Fa d'uopo allora di una inspirazione durante la quale l'aria e l'acqua penetrano ad un tempo ne' polmoni, il che eccita gli sforzi di tosse che producono la pronta esplosione dell'aria e rendono più imperioso il bisogno di respirare. Infine dopo essere risaliti così una o molte volte alla superficie dell'acqua, l'annegato perde tosto la forza di soprannotare; rimane allora tra due acque la bocca spalancata, ciò che permette all'acqua di penetrare in certa quantità nello stomaco (una pinta o una pinta e mezzo). Infine guadagna tosto il fondo, ed allora cessa di vivere.

Da molto tempo si è discusso per sapere come perivano gli individui sommersi: alcuni l'attribuivano allo abbassamento de' polmoni, all'alterazion dell'aria che contengono, per lo abbassamento della glottide, per l'acqua che penetra ne' bronchi ed anche nello stomaco, quantunque non vi si trovi quasi mai in gran quantità. Oggi però tutti ammettono che gli annegati muoiono nello stesso modo come gl'individui colpiti da asfissia per qualunque altra causa che impedisce l'aria di arrivare ne' polmoni: oltre à che ciò vien dimostrato dalle autopsie. Convien sapere però che nella sommersione hanno spesso luogo diverse lesioni accidentali che possono per se sole dare occasione alla morte o almeno accelerarla unendosi agli effetti dell'asfissia. Quindi se un individuo, cadendo nell'acqua, urta fortemente colla testa in un perno o in uno scoglio, potrà risultarne una commozione cerebrale, quasi istantaneamente mortale. Altra volta, è la impressione istantanea del freddo il quale spingendo i liquidi, produce un'apoplessia fulminante. Infine alcuni individui, sorpresi o colpiti dal terrore o dall'acqua al momento dello accidente, cadono tosto in sincope e muoiono senza presentare i segni di apoplessia. Da quel che precede risulta che gli annegati possono perire in cinque modi differenti: 1° per asfissia, e questo è il caso più ordinario; 2° per sincope, 3° per commozione cerebrale; 4° per apoplessia; 5° per molte cause riunite.

La morte è più o meno rapida secondo una moltitudine di circostanze non ancora ben valutate, e che dipendono spesso dalle disposizioni individuali. Quindi si è conosciuto dopo Spalanzani che la morte è più rapida nell'acqua calda che nella fred-

da , perchè la prima contiene meno aria; il più delle volte però non può dirsi perchè uno , due o tre minuti d'immersione sono sufficienti per spegnere la vita , mentre altri ritornano in vita dopo essere stati nell' acqua per molto tempo. In generale, si possono richiarare in vita quelli la cui sommersione non è durato più di quattro o cinque minuti; ma se il soggiorno nell'acqua è stato di quattordici o quindici minuti , i soccorsi torneranno inutili quasi sempre. Al di là di questo termine il caso è quasi disperato , benchè si citino fatti d' individui che han potuto essere rianimati dopo una mezz' ora ed anche tre quarti di ora ; allora bisogna ammettere piuttosto sincope anzichè asfissia. In quanto alle istorie d' individui i quali avrebbero soggiornato molte ore ed anche molti giorni nell' acqua senza morire , abbiamo detto precedentemente che non si poteva prestare gran fiducia a questi fatti.

Quando il sommerso è tolto dall' acqua dopo un soggiorno di cinque minuti , si trova che la faccia è pallida, qualche volta violacea; i suoi piedi e le sue mani partecipano spesso a questo colorito; la lingua è qualche volta gonfia, azzurrognola e stretta tra i denti: tutto il corpo è più o meno freddo, e le sue membra sono in risoluzione; l'abitudine esterna infine può anche presentare diverse particolarità le quali non avendo applicazione che in medicina legale , non debbo occuparmene in questo luogo.

Cura. — Lo annegato, uscendo dall' acqua, sarà prontamente spogliato ed asciugato con un lenzuolo caldo. La sua testa sarà alzata ed inclinata alquanto sopra uno de' lati, per facilitare la uscita de' liquidi contenuti nella bocca e nelle vie aeree. S'impiegheranno in seguito i mezzi precedentemente indicati nell' asfissia in generale. Negli annegati specialmente si consigliano le frizioni secche ed aromatiche, le insufflazioni di aria e la elettro puntura; il salasso è indicato solo quando la congestione verso la testa è molta; esso è più spesso necessario dopo che lo individuo è ritornato in se e durante la reazione che allora si ristabilisce. Non è raro vedere gli annegati, alcune ore dopo essere stati rianimati, colpiti da febbre e da delirio, il che richiede necessariamente l'uso degli antiflogistici e de' rivellenti.

MALATTIE SPECIALI AGLI ORGANI GENITALI**DELLA MESTRUAZIONE E DISTURBI CHE QUESTA FUNZIONE
PRESENTA**

Ogniun sa che la donna prova periodicamente ciascun mese e per molti giorni di seguito, uno scolo sanguigno dalle parti sessuali. Questo scolo, che nelle donne di questo clima si stabilisce tra quattordici e quindici anni, si sospende quasi sempre durante la gravidanza e lo allattamento, e cessa definitivamente tra quaranta e cinquant'anni. Questa emorragia costituzionale presenta in oltre numerose varietà sotto il rapporto dell'epoca della vita in cui comincia o di quella in cui termina, della quantità del sangue perduto, del numero de' giorni durante il quale à luogo lo scolo, del modo di successione di queste emorragie tra esse, e dello intervallo più o meno lungo che le separa, ec. Non dobbiamo occuparci qui di tutte queste varietà. La mestruazione in fatti costituisce una funzione, un atto fisiologico che i miei lettori debbono perfettamente conoscere; li mando altrove al libro del Signor Brierre de Boismont. Non debbo occuparmi in questo luogo se non che de' disturbi che presenta. Questi disturbi sono i seguenti: le regole tardano spesso a stabilirsi; una volta esistenti, il loro scolo può aver luogo con difficoltà (*dismenorrea*); può essere aumentato (*metrorragia*) diminuito, sospeso, soppresso (*amenorrea*), accidenti de' quali convien rintracciare la causa, e che tutti divengono la sorgente di speciali indicazioni. Infine la scomparsa definitiva delle regole pel progresso della età si accompagna spesso a diversi disturbi, dei quali molti esagerano la importanza, e che bisogna conoscere e combattere.

Prima d'intraprendere la storia patologica della mestruazione, convien fermarsi alcun poco sulle modifiche che il flusso mestruo può apportare nella cura delle malattie.

Avvi molti medici i quali, di accordo su questo punto coi pregiudizi del volgo, non osano impiegare alcun mezzo attivo durante lo scolo delle regole, per tema di sospendere questa emorragia, che considerano sempre come non stato salutare, e che sembra loro dover essere la crise naturale della malattia che ànno a combattere. Questa credenza però è erronea, spesso pericolosa, e contro la quale grandi medici ànno già protestato. Lo studio de' numerosi fatti ci ànno pur dimostrato che lo scolo mestruo, nel corso delle malattie acute, non può mai controindicare in modo assoluto l'uso di alcun mezzo attivo di cura,

specialmente quello del salasso, degli evacuanti gastrici ed intestinali, de' febrifughi, ec; queste medicalure, lungi di arrestare le regole, siccome lo si suppone, anno, per lo contrario, un effetto molto ordinario di renderle più bondanti o di prolungare lo scolo. Oltre a chè la malattia acuta grave che bisogna combattere contraria la mestruazione in modo molto più efficace di tutti gli agenti terapeutici che potrebbero impiegarsi. Infine, anche che questi avessero per risultato costante diminuire o sospendere le regole, non sarebbe ancora un motivo sufficiente per astenersi da' rimedi attivi, de' quali la esperienza à dimostrato i buoni effetti, perchè questa privazione avrebbe degli inconvenienti ben altramente gravi di quelli che possono risultare dal disturbo momentaneo apportato nello scolo sanguigno.

DELLA DISMENORREA

Sinonimia. — Mestruazione o regole difficili, stranguria menstrua. Dismenorrea, viene da *δυσ*, *difficilmente*, *μὲν* *me*, *più* *colo*.

Quando la eruzione menstrua si accompagna a dolori vivi dell' utero ed alcuni fenomeni insoliti e più o meno gravi, come i vomiti, le sincopi o le convulsioni, ec., questo stato viene indicato sotto il nome di *dismenorrea* o di *regole difficili*.

Sintomi. — Da questa definizione, si vede che nella dismenorrea i sintomi predominanti anno luogo ora dal lato dell' utero, ed ora in un organo più o meno lontano. Nel primo capo (*isteralgia cataminalis* di Sauvages), le donne si lagnano di dolori di ventre, di dolori vivi allo epigastrio, che si propagano verso il sacro, i lombi, gl'inguini ed il terzo superiore delle cosce; questi patemi diminuiscono e si calmano pur anche colla pressione o coll'applicazione del calore. Le ammalate provano mal essere generale; sono stanche, i loro tratti portano lo impronto dello abbattimento e del patema; sono più sensibili al freddo esterno, provano spesso brividi passeggeri; in quasi tutte lo appetito è diminuito o perduto.

Diversi accidenti possono unirsi a' sintomi precedenti; quindi è che alcune donne accusano cefalalgia estremamente viva; altre sono tormentate da vomiti vischiosi, amari, penosissimi. In alcune, avvi lipotimie e anche sincopi; infine, più di rado, si osservano i movimenti convulsivi.

Questi accidenti anno luogo raramente durante tutta l'epoca menstrua; il più delle volte essi la precedono di alcune ore o di un giorno; ne formano i prodromi, e non continuano che durante i due primi giorni dello scolo. Questo à luogo in generale in modo ineguale, qualche volta à luogo soltanto a goccia a goccia e con i più vivi patemi, il che giustifica la deno-

minazione di *stranguria mestrualis*, per la quale alcuni autori hanno indicato la dismenorrea. In molte donne, le regole, dopo aver penosamente e lentamente corso i due o tre primi giorni, finiscono tosto per divenir più bondanti del solito, il ch     seguito in generale da un notevole sollievo.

Il sangue non offre comunemente niente di speciale a notarsi, in generale scorre solo, ma qualche volta le ammalate rendono nello stesso tempo e dopo coliche o premili dolorosissimi delle false membrane di variabile grandezza. In fatti ora sono piccoli frammenti irregolari, solamente di alcuni millimetri, altra volta, per lo contrario,   una pseudo-membrana la quale per la sua estensione e per la sua forma, rappresenta perfettamente la cavit   uterina. Questa dismenorrea, che si pu   chiamare *membranosa*, si accompagna a scolo di sangue molto considerabile, e si dice ostinatissima. Essa si liga probabilmente alla esistenza di una flemmasia periodica dell'organo uterino. Dietro le ricerche dal dottor Oldham, l'utero acquista infine un maggior volume, e viene affetto consecutivamente da retroversione. Checch   ne sia, in queste pellicole non si potrebbe vedere che un prodotto patologico, che una pseudo-membrana pi   o meno analoga alla caduca; per   torna impossibile supporre con un celebre ostetricante inglese, il dottor Simpson, che questa sia la mucosa istessa dell'utero colpita da ipertrofia.

Cause. — La dismenorrea   prodotta da cause che agiscono, le une durante lo scolo delle regole, le altre nello intervallo de' mesi. Cos   vediamo alcuni accidenti della dismenorrea aver luogo nelle donne le quali, durante lo scolo mestruo, si espongono alla impressione del freddo, si danno al coito, ad un esercizio forzato, o provano una emozione morale viva. In quanto alle cause che agiscono nello intervallo delle regole, le conosciamo quasi perfettamente. Si cita specialmente una vita sedentanea, la continenza, le passioni vive, la plethora, una costituzione troppo forte o troppo debole, per   nulla conosciamo di positivo a questo riguardo. Oltre a ch   vi sono alcune donne le quali, dopo aver provato la dismenorrea per molti anni, veggono in seguito le loro regole comparire facilmente, senza per   che un simile cambiamento potesse spiegarsi per qualche modifica avvenuta nella costituzione delle ammalate o nella loro maniera di vivere. In generale, la dismenorrea si osserva pi   frequentemente nelle giovinette, essa sparisce spesso dopo una prima gravidanza: il contrario   luogo pi   raramente. Infine gli stessi accidenti si riproducono spesso negli anni che precedono la et   critica.

In un bel lavoro pubblicato nel 1846 nel *London medical Gazette*, il Signor Oldham   chiamato l'attenzione sopra una forma di dismenorrea la quale dipenderebbe da un restringimento

congenito o acquisito degli organi sessuali, e specialmente del collo uterino il cui orificio sarebbe estremamente ristretto. Lo scolo di sangue è anche generalmente poco abbondante. Le donne che offrono questa disposizione sono comunemente sterili. È un punto di storia della dismenorrea che merita ora mai di fissare l'attenzione de' pratici.

Cura. — La cura della dismenorrea varia secondo i casi; quando esistono i segni di pletora, quando le regole sono difficili a comparire, o quando il loro scolo à luogo stentatamente ed a gocce a gocce, sarà cosa utile ricorrere al salasso generale, o anche meglio si applicherà un numero più o meno grande di sanguisughe alla vulva, all' ano, agl' inguini.

Lisfranc consigliava di praticare un piccolo salasso di 100 a 150 gramme, pochi giorni prima dell' epoca mestrua, e replicarlo ogni volta sino alla guarigione completa. I dolori vivi dell' utero, e gli altri disturbi del sistema nervoso richiedono l' uso degli antispasmodici e de' sedativi. In questo scopo si consiglia l'uso dell' etere, della canfora, del muschio, del castoreo e dell' assafetida; ma questi medicamenti sono spesso mal tollerati, e ripugnano a molte ammalate, mentre si avranno molti buoni effetti dall' oppio. Crediamo dover preferire l' amministrazione di questo medicamento per clisteri, specialmente quando si vogliono calmare prontamente i dolori uterini. In questo scopo, si prescriveranno da 8 a 16 gocce di laudano di Sidenham in una piccola quantità di acqua tiepida, dopo aver avuto la precauzione di vuotare il retto delle fecce che conteneva, mediante un clistere semplice. Se dopo tre quarti di ora o più i patemi continuano così vivi, bisognerà ripetere la dose, ed in tal guisa si assopirà il dolore. L' oppio è, in tutti i casi di cui è parola il sovrano rimedio; trattasi solamente di darlo in sufficiente quantità; si otterrà ciò mettendo a prova la sensibilità dell' ammalata. Avvi delle donne le quali han bisogno di maggior dose del rimedio; così conosco una giovane nella quale per lo spazio di dodici anni ciascun' epoca mestrua era segnata da dolori atroci del ventre e da vomiti incessanti che duravano per uno o due giorni. Contro questo stato eransi impiegati tutti i mezzi più vari; i narcotici erano stati dati, ma a piccola dose. Dopo i miei consig'i, si ritornò all' uso dell' oppio, che si diede sotto forma di clistere e di botto alla dose di 16, poi di 28 e 40 gocce al momento in cui i dolori si manifestavano, e d' allora in poi, le epoche mestrue, che erano sì penose per questa persona, si compiono quasi sempre senza orgasmo. Le ammalate dovranno guardare il riposo nel letto, e bevanno una leggiera infusione di tiglio o di foglie di arancio, ec. Se avvi molta agitazione, l' amministrazione di un bagno tiepido e prolungato per una o due ore sarà vantaggiosissimo. Non saprei dire altrettanto

dei bagni freddi con affusione, che alcuni hanno consigliato, ed il cui uso potrebbe avere, siccome ben si comprende, gravissimi inconvenienti.

La dismenorrea membranosa richiede l'uso degli ammollienti, de' bagni semplici o alcalini. Se l'utero è voluminoso, bisognerà col riposo, gli antiflogistici ed i fondenti, procurar di ricondurlo al suo stato normale. Quando la dismenorrea si liga ad uno stato di rigidità del collo, il Signor Oldham consiglia di inciderlo o di dilatarlo; queste manovre, dicesi, sarebbero seguite da una perfetta guarigione. Questi fatti non debbono accettarsi ancora che colla massima riserva.

La cura profilattica della dismenorrea dovrà necessariamente variar di molto secondo le cause che sembrano produrla; così bisogna combattere la plethora col salasso, o meglio collo esercizio e coll'alimento; si amministreranno i tonici, gli analeptici, i ferruginosi, e si prescriveranno i bagni di mare alle donne di debbole costituzione, ec.

DELLE REGOLE DEVIATE

Il *deviamento delle regole* può essere considerato come una forma della dismenorrea. Dicesi che le regole sono *deviate* quando uno scolo di sangue à luogo periodicamente alle epoche mestrue da un'altra parte del corpo meno che dall'utero e dalla vagina. Così tutte le emorragie che abbiamo descritte nel primo volume possono divenire supplementarie delle regole, sia che queste manchino completamente, sia che uno scolo più o meno abbondante, ma sempre insufficiente, abbia luogo concorrentemente dagli organi sessuali.

Quasi sempre le regole deviate sono sostituite da una emorragia di qualche membrana mucosa, specialmente dalle epistassi e dalle emottisi. Qualche volta il sangue sfugge da punti affatto insoliti, come gli angoli degli occhi, le orecchia, la mammella, il condotto escretore della saliva, o da un punto della pelle come il polpastrello delle dita o la radice delle unghie, dall'ombelico, o dalla superficie di una piaga, da un'ulcera o da un'antica cicatrice, ec.

Quando le regole sono completamente deviate, si osservano variabili sintomi secondo il punto per dove à luogo la emorragia, ma che però non differiscono da quelli che si veggono quando queste esalazioni sanguigne non sono vicarie. In alcuni casi rarissimi, lo scolo del sangue dalle vie insolite è preceduto ed anche accompagnato, verso le parti genitali, de' fenomeni analoghi a quelli che si mostrano in una mostruazione regolare.

Abbiam già detto che le emorragie vicarie delle regole non offrono gravezza alcuna. Le cause che deviano le regole sono tutte quelle che indicheremo or ora parlando dell' amenorrea.

Cura. — La indicazione consiste a richiamare il sangue verso l' utero, provocando verso quest' organo, all' epoca delle regole, un flusso sanguigno mediante alcune sanguisughe applicate alla vulva, i piediluvi, i cataplasmi sinapati alle cosce, i clisteri di artemisia o irritanti, mediante i purganti aloetici, le fumigazioni aromatiche portate sin dentro la vagina, o pure stabilendo una flussione viva agli estremi inferiori mediante le ventose secche; si completerà la cura allontanando tutte le circostanze che potrebbero favorire lo afflusso del sangue verso l' organo per lo quale le regole sono deviate.

In certi casi rarissimi in cui la vagina e l' utero mancano, non bisogna contrariare le emorragie periodiche che sostituiscono il flusso mestruo. Pur tuttavia, se queste emorragie hanno luogo da' polmoni o dallo stomaco, tornerebbe vantaggioso dirigere il sangue verso un organo meno importante, ma con molta prudenza, perchè, dice il Signor Calmeil, il deviamiento delle regole offre meno pericolo della loro sospensione.

DELL' AMENORREA

Si dà il nome di *amenorrea*, non solo alla mancanza ed alla soppressione delle regole, ma anche alla loro diminuzione.

Divisioni. — Non indicheremo tutte le divisioni che sono state stabilite nell' amenorrea. Questa, siccome si potrà essere convinti, non essendo per essa stessa una malattia, ma il sintomo di diversi stati morbosi, crediamo preferibile, siccome è stato praticato prima di noi, prendere per base delle divisioni dell' amenorrea le cause istesse che presiedono al suo sviluppo. Così esiste. 1.° un amenorrea *costituzionale*, cioè quella che si liga ad uno stato generale dello individuo. 2° un' *amenorrea per causa locale*, sintomatica di uno stato morboso dell' utero o de' suoi annessi; 3° infine un' amenorrea che si rannoda alla esistenza di una malattia locale, ma *situata in un altr'organo fuori dell' utero*. Questa divisione è tutta pratica. In queste tre varietà da noi stabilite, l' amenorrea può essere *completa o incompleta* secondo che le regole mancano completamente o che gemono ancora un poco. Ora l' amenorrea è *primitiva*, cioè che le ragazze arrivate alla pubertà o oltrepassata questa età non veggono comparire le loro regole; dicesi allora impropriamente che l' *amenorrea è per ritenzione*; se per lo contrario, le regole mancano nelle donne già mestruate, l' amenorrea è detta *accidentale o per soppressione*.

Cause. — L' amenorrea essendo una malattia quasi sempre sintomatica, lo studio delle cause deve precedere la enumerazione de' sintomi. L' amenorrea può osservarsi nelle donne di diversissime costituzioni e di tutti i temperamenti: quella però costituzionale e primitiva nelle giovanette si osserva specialmente in quelle che portano gli attributi del temperamento linfatico o sottoposte alle cause debilitanti, come un nutrimento insufficiente, l' abitazione ne' luoghi bassi ed umidi, le passioni tristi, la vita sedentanea. La costituzione robusta o lo stato pleorico di certe donue è pure in certi casi, una rara, ma ben dimostrata di amenorrea. La suscettività nervosa non spiega forse questa influenza, alla quale hanno rapportato senza sufficienti prove l' amenorrea di molte donne; diremo altrettanto del celibato. Per lo contrario sembra meglio provato che lo abuso del coito rende frequentissima l' amenorrea; ed a questa causa bisogna attribuire in gran parte le soppressioni delle regole che osservansi comunemente nelle prostitute (Parent-Duchâtel). Abbiain detto che l' amenorrea poteva dipendere da una lesione più o meno evidente dell' utero e de' suoi annessi; tali sono la infiammazione, gli ingorchi cronici, le degenerazioni, gli spostamenti ad un arresto nello sviluppo degli organi genitali, siccome trovansi molti esempi in Morgagni, ec. La leucorrea, che osservasi sì comunemente sulle ragazze pubere e che non ligasi ad alcuna lesione materiale del canale vulvo-uterino, ritarda lo stabilimento delle regole ed è pure causa di amonorrea; questo fatto risulta dalle ricerche del Signor Despine, e Brierre de Boismont, a torte alcuni autori hanno sostenuto una opinione contraria. Qualche volta l' amonorrea sembra dipendere unicamente da uno stato di atonia dell' utero; in questi casi, lo eccitamento dell' organo che il matrimonio solo produce qualche volta determina una regolare mestruazione. Infine, molte volte le regole non si stabiliscono o mancano alle loro epoche in seguito della sofferenza di un organo importante. La tubercolosi de' polmoni è una malattia che produce quasi sempre questo pericoloso risultato. Nelle alterazioni che abbiamo precedentemente indicate, le regole mancano assolutamente, cioè che il sangue non è affatto esalato; però esistono altre lesioni delle parti genitali le quali non si oppongono affatto alla esalazione del sangue, ma soltanto alla sua escrezione. Tali sono le aderenze dell' orificio uterino, lo imperforamento della vagina per una causa qualunque; avvi allora *ritenzione* delle regole o amenorrea per difetto di escrezione.

Quasi tutte le cause precedenti si oppongono allo stabilimento delle regole, o pure impediscono il ritorno nelle donne già mestruate. Però il maggior numero di amenorree che osservansi in queste ultime vengono in seguito di una soppressione

brusca delle regole, sotto la influenza delle svariate cause; il più delle volte ciò à luogo dietro l'azion del freddo, solamente dopo la immersione dello intiero corpo o di una parte nell'acqua fredda. Le emozioni morali vive, lo sdegno, una gioia eccessiva, e più spesso ancora lo spavento, producono lo stesso effetto, e ciò in una porzione molto maggiore del raffreddamento. Queste stesse cause riproducendosi spesso nello intervalli delle regole possono ritardarle ed anche impedirle alla loro epoca.

Sintomi. — In alcuni casi la mancanza o la diminuzione considerabile del flusso mestruo sono i soli cambiamenti che osservansi nella salute delle donne. Però questi fatti sono eccezionali; in fatti nella maggior parte de' casi, àno luogo i disturbi più o meno numerosi. Questi accidenti sono spesso una plethora della testa del petto o del ventre; altre volte predominano i fenomeni nervosi. Quindi gli ammalati provano mal'essere, un senso di calore, pulsazioni ed arrossimenti in diverse parti del corpo; altre accusano cefalalgia, vertigini, tintinnii delle orecchie; àno la vista turbata, provano torpore, sonnolenza, o pure sono tormentate da veglie; alcune si lagnano specialmente di soffogazione, di oppressione; di palpitazioni, di deliqui. Infine àno coliche ottuse, peso agl'inguini, alle cosce al sacro. Quando questi accidenti della plethora esistono, li veggono specialmente diverse emorragie onde supplire al flusso mestruo che manca, o pure le donne presentano di tempo in tempo un apparato febbrile efimero. Le ammalate nelle quali si veggono predominare i sintomi nervosi, si lagnano le une di dolori vivi di natura nevralgica; le altre àno spasmi, contrazioni e diverse nevrosi degli organi digestivi.

Quando il sangue mestruo si esala dall'utero, ed esiste un vizio di conformazione che si oppone alla sua escrezione, il fluido si accumula a poco a poco al di sopra dell'ostacolo, e distendendo l'utero, forma finalmente un tumore più o meno voluminoso che protubera allo ipogastrio, ed i cui caratteri più distinti sono quelli d'ingrossarsi a ciascun'epoca mestrua. Se sarà lo imperforamento dell'ime, siccome ciò à luogo quasi sempre, quello il quale si oppone alla escrezione del sangue; questa membrana, spinta al di fuori, forma un tumore ovvide e fluttuante alla vulva.

Corso. — L'amenorrea sostiene abitualmente uno stato di sofferenze che si esacerba ne' periodi mestruì, specialmente quando la soppressione è completa. Questi accidenti si moderano qualche volta quando un poco di sangue è stato esalato; altre volte conservano tutta la loro intensità; finalmente nelle giovanette, l'amenorrea è quasi sempre seguita da clorosi.

Durata esiti. — L' amenorrea è una indeterminata durata; essa perdura qualche volta per molti anni. Può cessare bruscamente in seguito di una scossa morale, di una fatica, ec., ma quasi sempre le regole ritornano senza causa determinante manifesta. Lo scolo sanguigno è poco bondante nella maggior parte delle ammalate; in altre il sangue è esalato in grande quantità; qualche volta avvi vera metrorragia, poi la salute si ristabilisce più o meno sollecitamente. Però dopo essersi mostrate la prima volta le regole possono sospendersi per una o molte epoche prima di regolarizzarsi completamente. Infine avvi certe donne le quali sono affette da amonorrea al periodo medio della vita e non potendone trionfar con alcun mezzo che impiegasi contro di esse, conservano in seguito una salute caduca per moltissimi anni; però questi accidenti si calmano spesso spontaneamente verso la età critica. Però non è raro vedere delle giovanette nelle quali la economia si è abituata senza incomodi alla soppressione delle regole.

L' amenorrea può essere la causa occasionale di molte malattie; essa provoca in fatti qualche volta uno stato pletorico, le nevrosi di diversi generi, le emorragie, le diverse flemmasie, la clorosi; si crede pure capace di produrre frequentemente le lesioni organiche viscerali; ma tutto porta a credere che queste sono generalmente piuttosto causa dell' amenorrea anzichè la conseguenza. Citerò per semplice memoria quei casi eccezionali di colorito blu o nero della pelle, o quelle ipertrofie di tutti i tessuti di cui il Signor Brierre di Boismont à citato due esempi nel suo libro e che sono venute in seguito della soppressione brusca delle regole. L' amenorrea è anche una causa frequente di sterilità: però numerosi fatti provano ch'essa non rende assolutamente impossibile il concepimento.

Diagnosi. — Bisogna distinguere l' amenorrea idiopatica da quella sintomatica di una lesione degli organi genitali o di un viscere importante. Per giungere a questa distinzione, torna spesso indispensabile esaminare le donne col tatto vaginale e mediante lo speculum. Questa esplorazione è raramente necessaria nelle giovanette, perchè di rado in esse l' amenorrea è sintomatica di una lesione dell' utero o de' suoi annessi, purchè però non esista uno de' vizi di conformazione de' quali abbiain fatto parola precedentemente. Collo esame di tutte le funzioni si giungerà a determinare se l' amenorrea sia sintomatica della lesione di un organo importante. Oltre a chè bisogna ricordarsi che la tubercolosi de' polmoni è, tra tutte le malattie croniche, quella che più frequentemente si oppone al primo sviluppo delle regole. Però la diagnosi delle cause dell' amenorrea presenta spesso alcune difficoltà: così quando la sospensione delle regole si mostra ad una certa età, torna spesso impossibile stabilire se l' a-

menorrea costituisca veramente uno stato morboso, o se sia solamente la conseguenza naturale de' progressi della età. Infine, nelle giovanette, non bisogna dimenticare che l'amenorrea può essere la conseguenza di una incipiente gravidanza, che molte hanno interesse a dissimulare. Però in questi casi, non può rimaner dubbio sulla vera causa dell'amenorrea se non che nei tre primi mesi, mentre più tardi, il rumore placentario e fatale, come anche il ballottamento del feto, dissiperanno qualunque dubbio.

Pronostico. — Il pronostico dell'amenorrea varia specialmente in ragione delle cause produttrici; così quella che dipende da uno stato pletorico è la meno ostinata, come anche quella che viene in seguito della soppressione brusca delle regole; pur tuttavia questa occasiona spesso diverse malattie. A cose eguali però l'amenorrea è tanto più ostinata in quanto è più antica.

Cura. — La cura dell'amenorrea offre due indicazioni a compiersi; 1° richiamare le regole; 2° combattere gli accidenti dovuti alla loro soppressione. Si obbedirà in primo luogo alla indicazione che sembra la più urgente. Se esistono tutti i segni dalla pletora, il salasso generale sarà utile. Si dice che in questi casi bisogna preferire il salasso al piede anzichè al braccio, siccome quello che favorisce l'afflusso del sangue verso i vasi uterini. Quando i segni di congestione si sviluppano di tempo in tempo verso l'utero, basta spesso aumentare il flusso sanguigno con alcune sanguisughe applicate alla vulva, co' piedilavi, i clisteri irritanti, le fumigazioni aromatiche, i purganti aloetici, per vedere il flusso mestruo manifestarsi. In ragione delle simpatie che uniscono l'utero alle mammelle, alcuni medici hanno consigliato di stabilire la flussione verso di queste mediante l'applicazione delle ventose ed anche delle sanguisughe. Si leggerà con interesse nel *Journal hebdomadaire* del 1833 un estratto commentato dal Signor Desportes, di un lavoro pubblicato in Inghilterra dal dottor London sulla utilità della ripetuta applicazione delle sanguisughe sulle mammelle per richiamare le regole. Però questa flussione è per inconveniente di produrre un gonfiamento, una specie d'imbarazzo penosissimo verso le glandole mammarie, bisogna interrogar se stesso, col Signor Desportes, se questo richiamo sì spesso réitérato del sangue verso questi organi non potrebbe divenire presto o tardi la sorgente di pericolosi accidenti. Torna più prudente di non esporvi le donne, in quanto che l'applicazione delle sanguisughe nello scopo di richiamare il flusso mestruo non è un mezzo la cui utilità sia sufficientemente dimostrata. Checchè ne sia, l'uso delle sanguisughe è irrazionale e senza effetto vantaggioso nelle ragazze clorotiche, anemiche, nelle quali l'amenorrea sembra dipendere da uno stato di debolezza della costituzione; in questi casi, per lo contra-

rio, gli sforzi del medico debbono tendere a rianimare le forze delle ammalate. In questo scopo, si prescriverà un regime corroborante; quindi i ferruginosi, gli amari, lo esercizio in un'aria libera, la ginnastica, le frizioni secche ed aromatiche sulla pelle, i bagni di mare o i bagni di acque minerali ferruginosi, ed un nutrimento succulento, saranno indicati. Quando si sarà fortificata la costituzione, si potrà ricorrere a' mezzi propri per favorire lo afflusso del sangue verso i vasi uterini. Diciamo però che i medicamenti decorati del titolo di emmenagoghi sono spesso infedeli. Cullen non li considerava come efficaci, e non riconosceva in essi alcun'azione specifica. Checchè ne sia, i mezzi che in simil casi, godono ancora di qualche credito sono l'assenzio, l'artemisia, lo zafferano, la sabina, la ruta in pillole ed anche meglio in infusione. Il iodo, la segala cornuta, la strionina, le cantaridi, e molte altre sostanze attive sono pure raccomandate; però gl'inconvenienti che possono risultarne dal loro uso interno dovrebbero far preferire altri mezzi più blandi. Oltre a chè la loro efficacia è molto dubbia: non parlerò, che per biasimare l'uso, delle iniezioni di acqua ammoniacale nella vagina, perchè dietro la confessione dello stesso medico italiano il quale le à consigliate il primo, anno prodotto qualche volta la metrite. I vescicanti alla parte interna delle cosce applicati poco tempo prima dell'epoca mestrua sono stati raccomandati da Graves; però non siamo ancora certi sul loro grado di utilità; diremo altrettanto della elettricità, la quale s'impiega dirigendo una corrente diretta sull'utero, o pure solamente su i lombi o sull'ipogastrio.

Torna inutile dire che quando l'amenorrea dipende da un ingorgo acuto o cronico dell'utero, i mezzi terapeutici saranno diretti contro questa lesione. Infine, se l'amenorrea fosse prodotta da un vizio di conformazione che impedisse il sangue esalato di essere esereato al di fuori, una operazione chirurgica sarebbe indispensabile. Così quando la membrana imene chiude la vulva, s'incide circolarmente, e le labbra del muso di tinca sono agglutinate, si separano collo strumento tagliente. Se la vagina manca, si determinerà, dopo un'attenta osservazione delle parti, se non torna impossibile di farne una. Se la cosa è impraticabile, non rimane altra speranza per evacuare il sangue che pungere l'utero per la via del retto. Questa operazione, praticata circa tredici volte, è stata quasi sempre seguita da una peritonite mortale. Quando le ammalate scampano a' pericoli di una prima operazione, bisogna procurare che questa non abbia a ripetersi una seconda volta; per ciò bisogna opporsi colle applicazioni fredde, e co' clisteri freddi, ec., perchè l'utero esali il sangue, e si cercherà di provocare una emorragia artificiale e periodica sopra un punto lontano, appli-

candovi di tempo in tempo uno o due sanguisughe per stabilirvi un movimento flussionario.

Passerò sotto silenzio il matrimonio, che si consiglia volgarmente in tutti i casi di amenorrea siccome un mezzo specifico; converrà solamente nelle ragazze ben costituite.

DELLA SOSPENSIONE DIFFINITIVA DELLE REGOLE O DELLA ETÀ CRITICA

La età alla quale le regole non si mostrano più varia molto secondo gl' individui e specialmente secondo i climi. Nel nostro paese, le donne perdono di rado le regole prima di trentasei anni, ed alcune continuano sino a cinquantacinque. A questo periodo della vita delle donne si è dato il nome di *età di ritorno* o *età critica* in ragione de' numerosi pericoli a' quali le donne si credono esposte durante quest' epoca. Le regole cessano qualche volta bruscamente, ma quasi sempre le donne provano per molti mesi o molti anni dismenorrea o irregolarità nello scolo. Così si veggono mancare una o due epoche, poi le regole compariscono di bel nuovo meno bondanti del solito, e qualche volta avvi vera metrorragia; questa si osserva quasi nel terzo delle donne che presto perderanno la mestruazione. Molte di quelle che non hanno le regole non provano alcun incomodo. Ciò à luogo specialmente quando le regole sono diminuite per gradi. Qualunque sia poi il modo con cui le regole si sopprimono, le donne soffrono più o meno; quasi tutte, specialmente se vivono nell'ozio, soffrono nella soppressione della emorragia periodica, gli accidenti della plethora o alcuni sintomi di congestion viscerale, specialmente verso la testa ed il petto. In queste stesse condizioni l'appetito diminuisce; molte ammalate si lagnano di acidità, di flati e di difficili digestioni. Infine quelle che han provato fenomeni nervosi durante la pubertà, specialmente gli accessi isterici, veggono frequentemente che questi fenomeni recidivano verso quest' epoca. Tali sono gli accidenti più ordinari della età di ritorno, epoca della quale quasi tutte le donne esagerano i pericoli, perchè suppongono che allora sono più esposte alle malattie gravi. Questi timori però sono privi di fondamento, perchè le statistiche stabilite ne' diversi paesi hanno provato che durante la età critica, non si osservava mica un aumento nella mortalità delle donne, e se a quest' epoca perivano in maggior numero che ne' periodi precedenti, ciò si trova in rapporto affatto co' progressi della età.

Cura. — Nella maggior parte de' casi, colle sole cure igieniche si giunge a calmare gli accidenti che accompagnano nelle donne la età critica. Così si diminuiscono o si prevengo-

no gli accidenti della plethora prescrivendo lo esercizio, una vita attiva ed un nutrimento poco animalizzato; le donne si nutriranno specialmente di legumi erbacei e di carni bianche; non bevveranno nè caffè nè liquore. Non bisognerà ricorrere al salasso che in casi rarissimi, e quando i mezzi precedenti sono senza effetto, o quando gli accidenti di plethora sono troppo incomodi. Bisogna siccome lo consiglia il signor Chomel astenersi per quanto è possibile da' rimedi attivi, e specialmente dal salasso, il quale produce lo inconveniente di prolungare ed aumentare l'abitudine emorragia, il chè forza spesso di far uso periodicamente delle deplezioni sanguigne. Ciò che abbiamo detto del salasso si applica pure agli esutori, il cui uso è raramente utile.

MALATTIE SPECIALI AI TESSUTI FIBROSI E MUSCOLARI

DEL REUMATISMO

La parola *reumatismo*, deriva da *ρῆμα* (*ia colo*), è consacrata per indicare una malattia essenzialmente mobile, molto soggetta a spostarsi ed a recidivare, il cui principale sintomo è un dolore più o meno vivo, che si esacerba spesso colla pressione; ma che si aumenta specialmente col movimento delle parti ammalate.

Storia. — La estrema frequenza del reumatismo, il quale è senza dubbio la più comune delle malattie che affliggono la specie umana, spiega il perchè à fissato, sotto i nomi di *arterite* o di *podagra* l'attenzione de' medici della più remota antichità. Bisogna però convenire che le dilucidazioni che trovansi ne' libri d' Ippocrate sono molto incomplete e vaghe: bisogna giungere quasi sino ad Areteo e Celio Aureliano per avere alcune nozioni alquanto più precise. Baillou comincia per reumatismo un'era novella; il primo, egli descrisse il reumatismo articolare generale, e lo distinse dalla gotta. D'allora in poi, il reumatismo fu una delle malattie che eccitarono al massimo punto l'attenzione de' medici, Hoffmann e Ponsard, tra i monografi, Sydenham, Strock, Van-Swieten, Stoll e Cullen specialmente, tra gli autori di trattati generali, sono quelli i quali meritano di essere più distinti. Al principiar di questo secolo poi alcune opere molto più rimarchevoli sono state prodotte. Citerò, come degne di essere più particolarmente consultate, l'opera rinomata di Barthex, quella di Scudamore, la tese del Signor Chomel, ed il libro composto dal Signor Requin dietro le lezioni cliniche di questo celebre professore, infine il trattato del Signor Bouillaud, senza

parlare di una moltitudine di memorie che si rapportano in specialità alla terapeutica della malattia, delle quali avremo occasione di parlare in prosieguo.

Divisioni. — Quando si studiano le diverse forme sotto le quali ci si presenta l'affezione reumatica, si trovano fra loro molte dissimiglianze, da indurre a far supporre altrettanti stati morbosi distinti gli uni dagli altri. Quali differenze non esistono infatti tra i dolori erratici mobili de' muscoli ed il reumatismo articolare acuto! però torna facil cosa riconoscere che queste malattie, in apparenza sì distinte, non differiscono che per la forma; perchè coesistono tra esse, si rimpiazzano le une colle altre, si manifestano sotto la influenza delle stesse cause e dipendono da una stessa diatesi.

Avuto riguardo ella sua sede speciale, come anche allo stato sintomatico che l'accompagna, l'affezione reumatica si può dividere in due grandi gruppi, secondo che à sede ne' muscoli o pure nelle articolazioni. Da ciò la divisione del reuma in *muscolare* ed in *articolare*. Si è pur anche stabilito un terz'ordine che comprende i reumi viscerali; su questi ultimi però non possediamo che schiarimenti poco precisi. Oltre a chè è certo che sotto la denominazione di reumatismi viscerali sono state confuse affezioni affatto dissimili.

DEL REUMA MUSCOLARE

Il reuma muscolare è una malattia quasi sempre apiretica, caratterizzata da un dolore più o meno vivo, fisso o mobile, che à sede in uno o molti muscoli, e si esaspera colla contrazione degli organi affetti.

Anatomia patologica. — Il reumatismo muscolare non à alcun carattere anatomico; mi son convinto di ciò collo sparo di molti cadaveri morti di una malattia intercorrente nel corso di un reumatismo articolare e muscolare. I muscoli de' lombi, del torace e delle membra che durante la vita erano stati la sede di dolori vivi, non mi ànno allora presentato alcuna manifesta modifica nel loro colorito, nel loro volume e nella loro consistenza. Alcuni però ànno sostenuto che il reumatismo muscolare poteva terminare colla suppurazione, ed ànno citato in favore di questa dottrina alcuni fatti rari, raccolti specialmente da Latourelle e da Pinel. Leggendo però la giudiziosa critica che il Signor Requin à fatto di queste osservazioni, non si tarda a conoscere, con questo distinto medico, che vi è stato errore nella diagnosi, e che gli autori ànno preso per reumatismo, ora un flemmone sotto aponevrotico, ora un ascesso metastico. Quel che diciamo

dello stato acuto si applica pure allo stato cronico. Certamente, se il reumatismo intensissimo risale ad un' epoca molto lontana, se à costretto lo ammalato a stare in riposo per lungo tempo, il muscolo potrà scolorarsi e più o meno atrofarsi, è però evidente cosa che questa lesione è consecutiva: in fatti si osservano tutte le volte che una parte è rimasta per moltissimo tempo immobile, per qualunque causa essa sia. Il Signor Requin, del quale non sapremo abbastanza invocare la testimonianza, specialmente quando trattasi di reumatismo, à dimostrato il poco valore di una osservazione che Morgagni rapporta nella 57.^a Lettera e che citasi troppo spesso ed a torto, secondo noi, siccome lo esempio della lombaggine cronica che si accompagna ad un'alterazione parziale de' muscoli.

Sintomi, corso, esiti.— Quando un muscolo è affetto da reumatismo, diviene la sede di un dolore più o meno intenso, qualche volta ottuso e sordo soltanto, altre volte vivo, lancinante o trafittivo. Si esacerba costantemente quando lo ammalato cerca di contrarre l'organo affetto: così tutti i movimenti che questo deve eseguire sono difficili, o anche impossibili. La pressione offre diversissimi risultati; qualche volta calma i patemi, altra volta non reca alcun cambiamento nel dolore; però quasi sempre, specialmente quando il reuma è acuto ed intenso, la pressione è dolorosa, se non in tutta la esistenza del muscolo, almeno in una grande superficie e mai in punti disseminati, siccome à luogo nelle nevralgie. La pelle, a questo livello, non offre alcuna modifica nel colorito o nella temperatura; le parti non sono affatto gonfie. Il reumatismo muscolare, quando è semplice, è affatto apiretico anche quando i dolori sono vivi; quasi sempre non esiste alcun disturbo notabile nelle principali funzioni a meno che i muscoli affetti non concorrino più o meno direttamente al loro compimento: così si comprende che quando i muscoli delle pareti toraciche sono fortemente reumatizzate, gli ammalati debbono provare qualche volta la tosse, e specialmente la dispnea, in ragione della difficoltà che provano a dilatare il petto.

Il reumatismo muscolare può esistere solo o in concorrenza con un reuma articolare; esso è fisso o mobile. Offre una variabilissima durata; in fatti può essere affatto efimero, nascere e scomparire, per esempio, dopo alcune ore, o durare senza interruzione per mesi ed anche anni, allora dicesi cronico.

La malattia non termina mai altrimenti che colla risoluzione. Abbiám detto precedentemente ciò che bisognava pensare dei pretesi reumi che sarebbero terminati colla suppurazione.

Diagnosi.— Le nevralgie sono quasi le sole malattie che potrebbero confondersi col reumatismo muscolare: però la loro diagnosi differenziale non presenta alcuna difficoltà, perchè il dolore del reumatismo è vago, quello della nevralgia siegue per

per lo contrario una direzione determinata e sempre la stessa. Il primo occupa un grande spazio, la seconda esiste in punti disseminati. Questa si esacerba è vero qualche volta coi movimenti, ma una tal circostanza à luogo specialmente in modo distinto ne' casi di reumatismo.

Pronostico. — Il reumatismo muscolare non offre alcun pericolo, ma costituisce una delle malattie più ostinate.

Etiologia. — Tutti i muscoli possono essere colpiti da reumatismo; pero questa malattia affetta in spezieltà quelli del tronco, colpisce frequentemente anche quelli delle membra. In questi casi, sono i più vicini al tronco quelli che ne sono affetti, quindi è che tra tutti i muscoli delle membra, i deltoidi sono forse quelli che vengono più spesso affetti da reumatismo. Il muscolare, raro nella infanzia si mostra specialmente nello adulto e nel vecchio. Esso è incomparabilmente più comunc nell'uomo che nella donna, in quelli della classe povera, ed in coloro che vivono in luoghi umidi; tutti i temperamenti vi sono predisposti. Hanno pure accusato come cause predisponenti la eredità e l'ozio, specialmente quando questo viene in seguito di una vita attiva. In tal modo si è spiegata la frequenza del reumatismo ne' vecchi militari, i quali cominciano spesso ad esserne colpiti lungo tempo dopo aver abbandonato il servizio. Però quasi sempre il reuma si sviluppa in modo spontaneo senza causa manifesta. Quando esiste una causa efficiente, ora è una fatica eccessiva, una posizion forzata che si fa prendere a' muscoli, ma per lo più si riconosce la influenza del freddo umido su tutta l'abitudine del corpo, e più spesso sulla parte affetta.

Cura. — Quando il reumatismo è dolorosissimo ed occupa le masse muscolari energiche, per esempio, le sacro lombari, bisogna cominciare la cura con una fortissima applicazione di sanguisughe, poi si ricorrerà alle unzioni oleose, calmanti, col balsamo tranquillo, il laudano, o pure si covrirà la parte con cataplasmi emollienti e sedativi, e si amministrerà un bagno tiepido. Ne' casi ordinari, si ricorrerà al principio ad alcuni rivellenti applicati al livello del dolore, tali sono i sinapismi, le frizioni col linimento irritante, o pure le frizioni secche. Ne' casi ostinati, si applica un vescicante che sarà volante, e del quale si favorirà la suppurazione, secondo i primitivi effetti ottenuti. Se i dolori continuano, si curerà con un sal di morfina. Questi ultimi mezzi convengono specialmente ne' reumatismi cronici: vi si riuniscono le docciature, i bagni a vapore ed anche la elettricità; infine si consiglia allo ammalato l'uso della flanella: spesso converrà garantire la parte con un abito anche più caldo; tale sarebbe, per esempio, una pelle di lepre; nello stesso tempo si cercherà a fortificare la parte ammalata mediante i bagni freschi, solforosi, artificiali o naturali,

DI ALCUNI REUMATISMI MUSCOLARI IN PARTICOLARE

Per dar termine alla storia del reumatismo muscolare, ci rimane a studiare le principali specie ammesse dagli autori.

1° Reumatismo della testa. — L'occipito-frontale è tra tutti i muscoli della testa quello che più va soggetto al reumatismo; pur tuttavia lo è incomparabilmente meno de' muscoli del tronco e delle membra. In questa malattia, la pressione sul cranio è dolorosissima; gli ammalati soffrono molto quando vogliono contrarre il muscolo. Il calore del letto e tutte le cause che fanno affluire il sangue verso la testa esacerbano, dicono, le sofferenze. Per la mancanza dello edema e del colorito roseo o azzurrognolo, si distinguerà il reumatismo epicranio dalla risipola del cuoio capelluto. Questo sarà distinto anche dalle nevralgie, perchè il dolore, lungi dall'essere disseminato su punti isolati, è anzi diffuso, e non siegue la direzione di alcun nervo. Lo insaprirsi de' dolori durante la notte potrebbe far credere una malattia sifilitica; ma in questa, la contrazion del muscolo occipito-frontale non aumenta notabilmente i patemi, ed in tali casi si osservano spesso una o molte protuberanze formate dal gonfiamento delle ossa del pericranio. Conveniamo però che alcune volte la diagnosi può tornar difficile, e per assicurarsi sulla natura della malattia non rimangono altri mezzi meno che l'uso di una cura antisifilitica come pietra di paragone.

Il reumatismo epicranio riconosce quasi sempre per causa la impression del freddo sul cuoio capelluto mentre è sudato.

Questo reuma verrà combattuto con tutti i mezzi già indicati. Le sanguisughe non possono essere applicate sulla sede del male, ameno che non vi sia calvizie, e si applicheranno o alla tempia o sopra un punto qualunque della base del cranio. Si praticherà lo stesso per i vescicanti. Ma ne' casi ostinati bisogna radere sollecitamente i capelli in parte o in tutto per applicare i mezzi attivi sulla sede del male.

Il calore essendo in generale mal tollerato, bisognerà covrire poco la testa, ma in certi casi il calore reca sollievo. In quest' individui, la testa sarà protetta da un berretto di lana ricoperto di taffetà incerato. Se lo ammalato è calvo, basta spesso per guarirlo di fargli far uso della parrucca.

Alcuni altri muscoli della testa sono stati colpiti isolatamente da reumatismo: così il Signor Chomel à osservato qualche volta il reuma limitato ad uno de' muscoli temporali; la difficoltà della masticazione era allora un fenomeno predominante. Lo stesso autore cita ancora un caso distinto di reumatismo de' muscoli

degli occhi. Si è pur parlato di un reuma palpebrale, e Morgagni à veduto, dicono, un reumatismo della lingua. Di simil fatti però sono rari; e se dubbi non possono sorgere sul valore di quelli conosciuti oggi nella scienza, sono ancora troppo poco numerosi perchè se ne potessero dedurre alcune rigorose conseguenze.

2° *Torcicollo*. — Il torcicollo è un reuma de' muscoli del collo, e specialmente dello sterno-mastoideo. Più frequente nei ragazzi e negli uomini che nelle donne, viene in seguito quasi sempre alla impressione diretta del freddo. Qualche volta è prodotto da una posizione viziosa presa durante il sonno. In questa malattia, il collo è siccome storto; la testa è inclinata dalla parte ammalata, mentre la figura è volta alla parte opposta; i movimenti che s'imprimono alla testa eccitano i dolori più vivi; il muscolo è contratto, duro. Il torcicollo è una malattia dolorosa, incomoda, ma si dissipa comunemente in pochi giorni. Se passasse allo stato cronico, potrebbe alla lunga produrre delle alterazioni nella conformazione delle ossa.

La semplice esplorazione basta per far distinguere il torcicollo da' deviamenti prodotti da un flemmone del collo, da un alterazione delle vertebre, ec.

3° *Pleurodinia*. — La pleurodinia, è il reumatismo de' muscoli delle pareti toraciche. È una delle specie più frequenti del reumatismo muscolare. Esso è più comunemente limitato ad una sola parete; secondo il Signor Gaudet (*Gazette médicale*, 1834) avrebbe sede più spesso a sinistra che a destra: non è però raro vedere gl'individui ne' quali tutto il petto è addolorato.

La pleurodinia si conosce per un dolore vivo, lancinante, spesso più intenso di quello della pleurisia, che à sede comunemente, come esso, presso la mammella; si esacerba molto colla tosse e durante le inspirazioni, che perciò sono incomplete. I movimenti del tronco sono difficili, e spesso quelli del braccio corrispondente si riflettono dolorosissimamente nel lato ammalato. Non avvi mai febbre, eccetto allo sviluppo qualche volta, la tosse è rara o negativa.

La pleurodinia non si potrebbe confondere colla pleurisia, perchè nella prima, colla percussione e coll' ascoltazione non si osserva alcuno de' segni di versamento. Convien però sapere che in alcuni casi di pleurodinie intensissime, il rumore respiratorio è leggermente indebolito nel lato affetto, perchè in ragion del dolore gli ammalati dilatano questo meno ampiamente del lato opposto; sembra pure che il suono può esservi meno perfetto, il ché spiegasi per la tensione istintiva de' muscoli al momento in cui si percuote. Diciamo però che questo fenomeno è molto raro, e che quando esiste una differenza tra i due lati, è sempre debolissima; se fosse alquanto considerabile, bisognerebbe

rebbe attribuirle piuttosto alla presenza di un versamento anziché alla stessa pleurodinia. Il dolore, che è diffuso e che non esiste in punti isolati, disseminati, come anche lo incomodo de' movimenti, fanno distinguere facilmente la nevralgia intercostale dalla pleurodinia.

La pleurodinia non è niente di grave; però non bisogna ignorare che quando persiste, è spesso seguita da pleurisia con versamento. La sua cura non offre niente di speciale a doversi notare (Vedi più sopra).

4° *Reumatismo delle pareti anteriori e laterali dell'addome, o reumatismo pre-addominale* (Requin). È questa una delle specie più importanti a doversi conoscere. Indicata dal Signor Chomel nel suo insegnamento clinico, è stata descritta per la prima volta dal signor Genest, il quale à inserito su questa malattia un lavoro interessante nella *Gazette médicale* del 1832.

Il reumatismo pre-addominale, quando è in tutta la sua violenza, è una malattia la più dolorosa del ventre; la pressione la esaspera quasi sempre, e gli ammalati non possono spesso sopportare il peso delle loro coperture. Però i dolori acquistano specialmente una estrema violenza quando gli ammalati fanno sforzi per andar del corpo, e soprattutto quando procurano di cambiare di posizione e di sedersi, cioè quando vogliono contrarre i muscoli affetti da reuma. Così rimangono abitualmente immobili sul dorso. In questa malattia non avvi nè nausea, nè vomiti, nè meteorismo; il ventre à conservato quasi la sua forma; però è duro, a causa della tensione de' muscoli, e questi si scolpiscono qualche volta sulla pelle. In mezzo a questi patemi, la faccia può essere quasi naturale, quasi sempre però è più o meno alterata, ma gli ammalati sono sempre senza febbre. Questo carattere, unito alla mancanza del singhiozzo, de' vomiti e del meteorismo, farà distinguere facilmente il reumatismo pre-addominale da una peritonite. Aggiungiamo ancora, come segno distintivo, che nella infiammazione del peritoneo o di uno de' visceri addominali, i dolori esacerbano specialmente colla pressione, mentre che nella malattia reumatica ciò à luogo dietro i movimenti di contrazione de' muscoli colpiti da reuma.

Il reuma può osservarsi nell'uomo, siccome ciò risulta da un fatto rapportato dal Signor Requin; però è più speciale alle donne: questo punto è stato perfettamente stabilito dal Signor Genest. Quest'abile osservatore à pur dimostrato che le donne vi erano specialmente soggette poco dopo il parto, il che può dipendere da una impressione di freddo, o dalla fatica che i muscoli àn provato durante il travaglio del parto, siccome lo pensa il Signor Requin. Il Signor Genest ed il Signor Requin si accordano per rapportare al reumatismo pre-addominale i fatti che il dottor Gooch, di Londra, à descritti sotto i nomi di *affezione nervosa del peritoneo*.

ne' suoi studi su questa malattia, à detto che il reumatismo poteva occupare il fondo dell' utero o il segmento inferiore dell'organo. Nel primo caso, il dolore è inasprito dalla pressione addominale; nel secondo, lo stesso effetto à luogo col tatto vaginale e del retto, e la donna prova pure, de' stiramenti ne' reni, nelle cosce, e verso le parti genitali esterne. Aggiungiamo che gli organi vicini prendono parte pure, più o meno al patema uterino: così si ànno frequenti voglie di urinare, di tenesmo, e spessissimo dopo sforzi inauditi e dolorosissimi soltanto, le ammalate espellono le urine e le fecce; avvi qualche volta un leggiero movimento febbrile. Si dice che questi dolori reumatici non sono continui ma esacerbanti, ed offrono alcune remittenze, sono mobili, come tutti i dolori della stessa natura. Se troppo si prolungano, se si ripetono spessissimo, producono un parto prematuro in seguito delle contrazioni uterine che provocano. Si dice che quando la malattia cessa prima che il collo dell'utero si sia dilatato di 5 centimetri, si può sperare lo arresto del meccanismo e la gravidanza continuare sino al suo termine.

Quando il reuma colpisce l'utero durante il travaglio, si dice che questo sia più lento, che la donna trovasi in uno stato di estrema ansietà, che il feto espulso, la matrice ritorna tardi e meno completamente su di se stessa, il ché forma una causa predisponente alle emorragie. In fine si aggiunge che la lochiazione e la secrezion del latte sono diminuite.

Il reumatismo uterino non produce mai la morte della donna; però costituisce una pericolosa circostanza, poichè può esser causa di aborto.

Si è proposto di combattere il reumatismo uterino mediante i salassi al braccio, le applicazioni delle sanguisughe, i bagni, le sprozzature narcotiche, ed i rivellenti intestinali.

Tali sono le dilucidazioni che trovansi sul reumatismo uterino. Si vede quanto siano ancora poco precise. Credo però doverle far conoscere per chiamare l'attenzione de' medici sopra una malattia della quale abbiamo solamente una idea confusa in Francia.

Si è pur detto che il reumatismo poteva colpire l'utero durante lo stato di vacuità, ma i caratteri assegnati a questa malattia sono estremamente vaghi: quasi sempre pare abbiano attribuito al reumatismo i dolori nevralgici che abbiamo descritti sotto il nome d'isteralgia.

Sede e natura del reumatismo muscolare. — Se l'anatomia patologica è impotente, siccome abbiám veduto, per farci scovrire la sede precisa del reumatismo che abbiám chiamato muscolare, ci sembra che l'analisi de' sintomi non permetta alcun dubbio a questo riguardo, cioè che la malattia à sede indubitabilmente ne' muscoli. In fatti abbiám veduto che il dolore si e-

stendeva spesso seguendo il tragitto di questi organi, che si esacerbava colla loro contrazione, che diminuiva o cessava completamente col riposo, e quando le parti ammalate si mettevano nel maggior stato di rilasciamento possibile. Alcuni però hanno domandato a loro stessi se il reumatismo avesse sede piuttosto nella fibra muscolare anzichè nelle parti fibrose e tendinee: queste due opinioni hanno trovato alenni partigiani; però torna difficile, attesa la mancanza di qualunque prova anatomica, di pronunciarsi con conoscenza di causa tra l'una e l'altra. Crediamo non pertanto più probabile, più logico, ammettere che nel reumatismo muscolare, è la fibra carnosa quella specialmente se non esclusivamente affetta. Alcuni autori però nel numero de' quali troviamo il Signor Bouillaud, hanno detto che nel reumatismo di cui è parola, le fibre muscolari erano interessate meno immediatamente, meno primitivamente, di quello lo è il tessuto cellulare intermuscolare. Niente però prova la verità di tale assertiva; quindi viene da noi rigettata, quantunque abbia in suo favore l'imponente autorità del Signor Cruveilhier. Questo dotto professore ha ammesso due specie di reumatismo muscolare: uno che chiama *infiammatorio*, la cui sede sta nel tessuto celluloso-sieroso dei muscoli, che sarebbe allora infiltrato da una materia purulenta; l'altro che chiama *nervoso* o *nevralgico*, secondo lui, non avrebbe alcun carattere anatomico; quindi lo piazza ne' nervi. Ma noi non sapremo adottare la distinzione stabilita dal Signor Cruveilhier, perchè i fatti, la pratica giornaliera, dimostrano che il reumatismo muscolare è sempre uno, sempre lo stesso. Il suo sviluppo molto brusco, la sua scomparsa quasi pronta, il suo rapido trasporto da un luogo all'altro; la mancanza del tumore, del calore, dello arrossimento, della febbre, o all'autopsia, la mancanza di qualunque manifesta lesione, sono altrettanti caratteri che distinguono essenzialmente il reumatismo muscolare da una infiammazione. Per convincersene basta paragonare il reumatismo colla infiammazione del tessuto cellulare e con quella de' muscoli. Il reumatismo muscolare non è una nevralgia siccome vien stabilito da una rispettabile autorità, il Signor Roche; perchè vien distinto dalla natura de' dolori, perchè questi non sieguono il tragitto di alcun nervo, perchè sono sparsi sopra una grande superficie, e non esistono sopra punti disseminati. Il reumatismo è dunque una malattia speciale, *sui generis*, affatto sconosciuta nella sua natura, distinta da tutte le altre malattie, e che deve avere un posto a parte nel quadro nosologico.

DEL REUMATISMO ARTICOLARE ACUTO

Il reumatismo articolare acuto occupa, siccome viene indicato dal suo nome, le articolazioni: esso è caratterizzato da un dolore più o meno vivo in una o molte giunture, e si accompagna spesso a gonfiamento e qualche volta ad arrossimento delle parti ammalate, e coesistente quasi sempre con un apparato febbrile di variabile intensità.

Anatomia patologica. — Di rado è dato sezionare gl' individui morti nel corso di un reumatismo articolare; ciò spiega le discrepanze degli autori su i caratteri anatomici della malattia. Quasi tutti non han trovato alcuna lesione, e nelle parti che sono state la sede della malattia, altro non han rinvenuto che alterazioni quasi insignificanti; altri medici, per lo contrario, dicono aver trovato lesioni di natura infiammatoria: queste variano dal semplice iniettamento della membrana sinoviale sino alla suppurazione ed alla distruzione delle superficie articolari. Mi è stato permesso, per lo spazio di diciassette anni, esaminar io stesso quattro volte le articolazione d'individui i quali, in seguito di qualche complicazione, erano periti prontamente nel corso di un reumatismo articolare, ed in tutti i casi, le giunture che erano la sede di violenti dolori sino al giorno stesso della morte, non mi hanno presentato nè iniettamento nè arrossimento: le superficie articolari erano bianche, levigate, senza gonfiamento, e le parti fibrose circostanti, come anche le parti molli non presentavano alcuna distinta lesione. Due volte la sinovia non era nè più nè meno bondante del solito; in un altro, la sua quantità era leggermente aumentata; era pure più fluida. In un terzo caso, che è osservato in compagnia del mio amico il Signor Errico Gueneau de Mussy, le superficie articolari, sempre bianche, senza iniettamento, erano alquanto aride in seguito di una diminuzione nella secrezione della sinovia. Infine, in una ragazzetta che perì per una pericardite, or son circa otto anni, tutte le grandi articolazioni, egualmente levigate e bianche, contenevano un piccolo residuo di albumina concreta del volume di una grossa lenticchia. Questi fatti dunque mi autorizzano a concludere che il reumatismo articolare acuto non lascia, almeno nella maggior parte de' casi, alcuna notevole lesione sulle superficie articolari.

Però molti medici, ingannati da alcuni fatti male interpretati, professano una contraria opinione. Il Signor Bouilland, tra gli altri, riunendo un gran numero di osservazioni sparse qua e là nella scienza, à cercato a provare che le giunture non solo erano infiammate nel reumatismo, ma potevano es-

sere del pari la sede di una bondante suppurazione. Per sostenere questa opione, il signor Bouillaud à riunito trentasette osservazioni particolari, alle quale egli stesso non concede un egual valore. Escluderemo dapprima le tredici che formano la sua seconda e terza categoria; perchè ammettendo, e ciò con giusta ragione, che de' dubbj avrebbero luogo sulla natura della malattia, egli stesso le à considerate nulle: così non ne faremo parola. Rimangono ventidue casi, de' quali tredici specialmente sembrano al Signor Bouillaud degli esempli indubitati di reumatismi terminati colla suppurazione. Studiando però accuratamente cotesti fatti, torna impossibile poter prender parte alle convinzioni dell' onorevole professore. Così ve ne sono otto ne' quali la suppurazione articolare coincide con una flebite, con una linfite uterina, o almeno con una metro-peritonite puerperale; in guisa che è permesso di domandare a se stessi se la suppurazione che trovasi nelle articolazioni sia piuttosto la conseguenza del reumatismo o della infezion purulenta. Ma siccome questa produce, se non sempre, almeno frequentemente, degli ascessi inter-articolari, mentre che, per confessione di tutti, il reumatismo non à questo effetto, o di rado, sarà ragionevol cosa, ne' casi che supponiamo, di non scegliere, per spiegare il fatto, precisamente quella delle due cause che lo determina più di rado. Il Signor Bouillaud però pensa che in questi casi il pus è stato prodotto dalla infiammazione articolare anzichè dalla infezione del sangue, e ciò perchè avrebbe trovato qualche volta la membrana sinoviale rossa, alterata. Oggi però conosciamo che una simile lesione può anche osservarsi negli ascessi articolari consecutivi alle flebiti: così nelle molteplici autopsie da me praticate nelle sala di Dupuytren e di Breschet, dal 1831 al 1834, d' individui morti dopo le operazioni, ò trovato spessissimo sullo stesso individuo le membrane sinoviali in contatto col pus, le une intatte, le altre rosse, ammolite, corrose. Continuando ora il nostro esame critico, crediamo che nessun valore può essere accordata alla seconda osservazione rapportata dal Signor Bouillaud; dappoichè considerando la natura dei sintomi osservati durante la vita e la consistenza di accessi muscolari, sarà impossibile non vedere anche in ciò un esempio di assorbimento purulento, quantunque l' attenzione non sia stata risvegliata dal lato delle vene. Io non mi fermerò sulla terza e quarta osservazione, perchè sono talmente incomplete che si direbbero redatte dalla memoria e per rimembranze molto vaghe. In quanto alla quindicesima, improntata dal Signor Leroux essa è stata raccolta ad un' epoca in cui non si conosceva nè la flebite nè gli accidenti degli assorbimenti purulenti: quindi è di niun valore per noi. Diremo lo stesso della sedicesima, dovuta a Pinel, e della quale il Signor Bouillaud se ne serve, quan-

tunque la dichiaro molto difettosa. Escludiamo del pari da qualunque discussione la dodicesima, la quale è un esempio manifesto di flemmone diffuso della coscia con infiammazione del ginocchio corrispondente, e la diciassettesima, che è un caso di reumatismo cronico, malattia della quale non ce ne occupiamo al momento. Forse per inattenzione, o per errore, la quinta osservazione figura in questo capitolo a titolo di arterite terminata per suppurazione, poichè è detto che la sinovia estratta era solamente *densa, torbida, simile allo sperma alquanto giallo*, cioè che il liquido non somigliava affatto al pus. La stessa critica colpisce ancor più la ventiduesima osservazione, la quale è stata data come un esempio di ascesso articolare, benchè la puntura abbia dato un liquido che aveva soltanto *l'apparenza della sinovia, ma più denso e più giallo (testuale)*. La sesta osservazione deve esser considerata, a nostro modo di vedere, siccome non avvenuta, perchè si è detto che nelle articolazioni altro non si è rinvenuto meno che alcuni fiocchi albuminosi, simili a quelli che trovansi in qualunque infiammazione di una membrana sierosa. Il Signor Bouillaud cita pure come esempi di reumatismi suppurati cinque osservazioni (18, 19, 20, 21, 22,) ch'egli indica come ascessi articolari, specialmente come ascessi del ginocchio aperti durante la vita in modo spontaneo o collo strumento tagliente. Noi però dubitiamo che questi fatti siano accettati da chirurghi esperti con quella stessa confidenza del Signor Bouillaud, e ch'essi lor diano la stessa interpretazione: noi ci rimettiamo volentieri alla loro testimonianza. Oltre a chè osserviamo in questo luogo anticipatamente che il reumatismo fissato sopra un articolazione può produrre, coll'andar del tempo, alenne lesioni consecutive gravi ne' tessuti che il reumatismo acuto non produce affatto; per conseguenza non bisogna ricorrere a di simili fatti per provare la possibilità dell'esito del reumatismo articolare per suppurazione.

Da ciò vediamo che tutti i fatti sì laboriosamente riuniti dal Signor Bouillaud, il quale ha improntato queste osservazioni a diverse sorgenti, le ha ricercate con troppa confidenza; sarebbe stato più severo se li avesse raccolti egli stesso nella sua pratica; oltre a chè loro avrebbe dato un valore, un'autorità che non hanno.

Pur tuttavia con ciò non intendo negare assolutamente la possibilità della suppurazione di una o molte articolazioni nel corso di un reumatismo; solamente pretendo che questo accidente sia infinitamente raro, e quando esiste, si liga a qualche circostanza accidentale che si è unita alla malattia.

Sintomi, corso. — Di rado il reumatismo si manifesta bruscamente. In fatti è quasi sempre preceduto da alcuni prodromi generali e locali. Tra i primi, sono brividi irregolari, un senso di curatura, inappetenza, un apparato febbrile di mediocre in-

tensità, ecc. Tra i secondi citeremo lo incomodo e la rigidità delle articolazioni, e la difficoltà di muoverle. Dopo alcune ore o alcuni giorni, la malattia si manifesta, ed è il dolore quello il quale fissa a primo aspetto l'attenzione degli ammalati.

Quindi, una, e quasi sempre molte articolazioni divengono la sede di dolori la cui natura e la intensità variano. Gli ammalati li paragonano qualche volta ad un intorpidimento; quasi sempre, sono contusivi, o pure lancinanti o trafittivi; possono avere una violenza tale da strappar i gridi a' più coraggiosi. Si esacerbano sempre colla pressione ma specialmente co'movimenti che rendono ordinariamente affatto impossibili. Le articolazioni colpite sono gonfie, la pelle che le ricopre è spesso rossa o tesa, e la fluttuazione che sovente si osserva indica che un versamento sieroso si è formato nella membrana sinoviale: però la gonfiezza, come pure lo arrossimento, è percettibile solamente alle articolazioni superficiali, come i pugni, le ginocchia ed i piedi; questi fenomeni però si osservano raramente alle spalle, e non si veggono mai alle anche. Lo arrossimento, in tutti i casi, non è mai vivissimo; esso somiglia piuttosto alla tinta della rosalia che a quella della resipola.

Il gonfiamento delle giunture deve spiegarsi non solo pel versamento intra-articolare, ma anche per la congestione e per la flussione delle parti molli. Per dar termine a ciò che riguarda i sintomi locali, diremo che, siccome viene osservato dal Signor Bonillaud, imprimendo certi movimenti alle articolazioni colpite da reumatismo, si sente un rumor di scricchiolamento, di scoppiettio più o meno distinto, che questo professore paragona a rumori di strofinio della pleura e del pericardio. Questo fenomeno però è raro.

Quando le articolazioni sono colpite simultaneamente, avvi un apparato febbrile più o meno intenso, che costituisce la *febbre reumatica* degli autori; così il polso è frequente, largo, duro, vibrante; la pelle è calda, alitosa, spesso bagnata da un sudore bondante e nauseante; la faccia è rossa, animata, la sete è viva, la lingua biancastra, l'appetito perduto; gli scarichi ventrali sonò rari, la urina poco bondante, oscura; avvi spesso una cefalalgia gravativa; il sonno è agitato o perduto; infine il sangue estratto dalla vena a ottenuto dalle ventose è per lo meno tanto ricco di fibrina quanto quello delle pneumonie, e si covre prontamente, come quest'ultimo, di una cotenna spessa e densa: ciò è stato provato da' signori Andral e Gavarret. La febbre precede qualche volta i dolori per uno o molti giorni; il più delle volte poi essa è consecutiva, o almeno sviluppa nello stesso tempo.

Il reumatismo che non occupa da principio se non che una a due giunture, si estende in seguito a molte altre. Spesso ac-

cade che la malattia, invadendo novelle articolazioni, abbandona quelle che aveva primitivamente occupate. Questi passaggi hanno luogo comunemente durante la notte. Quasi sempre però nel reumatismo intenso, quasi tutte le articolazioni sono colpite ad un tempo: così, non solo le giunture delle membra sono affette, ma quelle della mascella inferiore, quelle dell'atlante, dell'avis come anche quelle delle vertebre cervicali e lombari; allora il paziente, tanto immobile nel suo letto quanto una statua, rimane sul dorso, non potendo eseguire alcun movimento nè aiutarsi in alcun modo, anche per soddisfare a' suoi più pressanti bisogni; tiene le giunture in una posizione che mette nel rilasciamento più completo i muscoli ed i ligamenti che vi s'inseriscono. I dolori ed il gonfiamento sono ordinariamente limitati alle articolazioni ammalate. Però qualche volta gl'individui si lagnano di dolori acuti nella continuità delle membra, il che indica la coincidenza di un reumatismo muscolare; ma queste parti non sono mai nè gonfie nè edematose, purchè però non esista qualche complicanza del sistema circolatorio (come endocardite, o pericardite, o flebite): Quando poi il reuma affetta simultaneamente le articolazioni vicinissime le une alle altre, il gonfiamento che occupa ciascuna di esse invaderà pure lo spazio intermedio; ciò osservasi specialmente alla mano ed al piede, che sono universalmente gonfi quando le piccole articolazioni che vi si trovano sono colpite ad un tempo.

In generale, i palemi, vivi in tutte le ore del giorno si esacerbano abitualmente durante la notte. Se avvi sonno, è breve, spesso interrotto bruscamente da un dolore vivo, eccitato da uno di quei movimenti automatici che eseguiamo si spesso dormendo. La reazione febbrile è quasi sempre in ragion diretta del numero delle articolazioni affette. I sudori raddoppiano, di rado recano sollievo, e divengono per gli ammalati una novella causa di mal'essere e di ansietà. Quando an durato molti giorni, si osserva frequentemente, ed inspiegata sulla pelle e sul tronco, una bondante eruzione miliare; il Signor Bouillaud l'ha spesso osservata.

Il reumatismo articolore ha, come tutte le malattie acute, un periodo di aumento ed uno di declinazione: però non avvi niente di regolare nel suo corso, ed è frequente cosa vedere la malattia, dopo essere declinata, ritornare con una novella violenza, e le articolazioni, affatto libere, essere prese di bel nuovo colla stessa intensità di prima, e ciò a diverse riprese.

A misura che i dolori perdono della loro violenza, e che si circoscrivono ad un piccolo numero di articolazioni, l'apparato febbrile diminuisce e cessa in seguito; è frequente cosa vedere la febbre caduta all'atto e l'appetito ritornato, quantunque alcune giunture siano affette, ma ad un debole grado. Per lo con-

trario può accadere, che le articolazioni siano ritornate affatto libere e la febbre dura sola con una certa intensità: in questo caso i dolori articolari non tardano a comparir di bel nuovo. È questo un punto importante di pratica sul quale il Signor Chomel insiste con molta ragione. La febbre che continua così senza dolori articolari è stata considerata dal Signor Bonillaud siccome sostenuta da qualche flemmasia viscerale, specialmente da una infiammazione del pericardio o dell'endocardio. Ciò è luogo senza dubbio in moltissimi casi, non però in tutti. Oltre a ciò, cotesta continuazione della febbre durante la sospensione e finiera de' dolori, ed in mancanza de' segni positivi di qualche flemmasia intensa, non è niente di sorprendente; dappoi che, siccome l'osserva il Signor Requin, non si vede forse la febbre, ed una febbre intensa, precedere di uno e qualche volta di tre giorni, la flemmasia articolare, senza che lo apparato febbrile abbia allora per mobile alcuna flemmasia manifesta allo esterno ed allo interno?

Abbiamo parlato di un reumatismo che corre da un'articolazione all'altra, e che, in ragione di questo corso, è chiamato *ambulante*. Qualche volta però il reumatismo può occupare una sola giuntura, sia che si fissi di botto sopra una sola articolazione, sia che dopo averne occupato debolmente alcune, si concentra in una sola: è questo il *reumatismo fisso*. Questa forma della malattia è chiamato da lungo tempo l'attenzione de' medici; il Signor Genest à pubblicato su di essa (*Archives* 1830) una interessante memoria. Il reumatismo fisso si distingue da quello ambulante per la sua persistenza, per la sua tenacità, perchè si accompagna più di rado a complicazioni degli altri organi; ma in rivendica, diviene qualche volta la origine di tumori bianchi. Infine si è voluto stabilire una differenza, secondo che il reumatismo occupava le grandi articolazioni o le piccole, come quelle delle falangi delle dita. In quest'ultimo caso, ànno dato al reumatismo la qualifica di *gottoso*, ma questa distinzione è senza importanza.

Complicazioni. — Il reumatismo articolare acuto si complica frequentemente a diverse flemmasie, specialmente degli organi del petto, e particolarmente del pericardio e del cuore. Queste complicazioni avevano quasi sempre fissato l'attenzione de' medici; il Signor Chomel, nella sua tese ed in altri scritti, aveva parlato specialmente della pericardite che manifestavasi nel corso del reumatismo, ed io li ò inteso molte volte, or son circa diciotto anni, insistere sulla necessità di esplorare frequentemente il torace in quelli colpiti da reumatismo per conoscere sin dalla loro comparsa le flemmasie della pleura e del pericardio, sì spesso latenti. Un medico inglese, J Johnson, nel suo Trattato del reumatismo, tradotto in francese nel 1820 aveva pure parlato in

modo affatto speciale delle complicazioni cardiache. Si vede dunque che la conoscenza di questo fatto non è recente: comunque antico però, spetta al Signor Bouillaud l'onore di aver fissato, più di quello era stato fatto prima di lui, l'attenzione de' medici sopra queste complicate, ed aver dimostrato specialmente che esse sono più varie e più comuni che si era creduto sino a lui. Il Signor Bouillaud in fatti à stabilito in moltissime delle sue opere che, nel reumatismo acuto violento, generalizzato, la coincidenza di una endocardite, di una pericardite o di una endopericardite era la regola, e la non coincidenza la eccezione, mentre che nel reumatismo articolare acuto, leggiero, parziale, apiretico bisognerebbe ammettere una proposizione inversa. Ho cercato da molti anni, collo studio clinico, se la opinione del Signor Bouillaud fosse fondata, e mi son convinto, analizzando circa cento osservazioni di reumatismi articolari acuti febbrili, che ne' tre quarti e più erano esistiti alcuni fenomeni morbosi nel centro circolatorio. Così in un settimo, vi erano segni evidenti di pericardite; in tutti gli altri, ò verificato i rumori morbosi nel cuore, dal suono rauco, lo stato velato, confusi, i rumori naturali, sino al prodotto de' rumori di soffietto di raspa, esistente quasi sempre al primo tempo solamente. Questi rumori morbosi non indicano necessariamente per essi stessi una endocardite; perchè, siccome lo à osservato con giusta ragione lo stesso Signor Bouillaud, per stabilire la esistenza di questa malattia, vi bisogna il concorso di molti altri sintomi. In alcuni casi, i rumori di cui è parola ci son sembrati completamente indipendenti da un lavoro infiammatorio. Così sembrano qualche volta rannodati alla formazione spontanea de' grumi fibrinosi senza endocardite, siccome l'autopsia ce lo à dimostrato. Infine bisogna ricordarsi che negl'individui anemici salassati troppo vigorosamente, il rumore di soffio cardiaco può anche ligarsi ad una diminuzione de' globuli del sangue.

La pericardite e l'endocardite non sono le sole flemmasie che possono complicare il reumatismo; così si osserva frequentemente la infiammazione delle pleuri, la quale, come le infiammazioni cardiache, ànno luogo quasi sempre in modo oscuro, latente, senza eccitare il dolore. La pneumonia per lo contrario è rarissima: la peritonite lo è anche di più; ma le complicazioni encefaliche si osservano forse più frequentemente. Così vediamo di tempo in tempo, gli affetti da reumatismo morire rapidamente per una meningite intercorrente, o assiderati, e perire in pochi istanti nel coma o al mezzo delle convulsioni, senza che l'autopsia manifesti la causa della morte. Si legge nella *Lancette anglaise* del 1839 la relazione di tre casi di paraplegia pel dottor Hutchinson, malattia che aveva avuto luogo nel corso di un reumatismo articolare: nell'autopsia si trovò la mi-

dolla intatta; il liquido cefalo-rachidiano era in maggior quantità. Il Signor Bouilland indica pure la flebite come frequente nel corso di un reumatismo articolare; ma questa proporzione ci sembra dubbia. Infine in certe costituzioni, siccome è stato osservato specialmente alla fine dell'ultimo secolo, il reumatismo si complica qualche volta a dissenteria.

In che modo hanno luogo queste complicazioni? Gli antichi non vedevano in ciò che gli effetti di una retrocessione o di una metastasi del reumatismo sugli organi interni. In fatti sembra che ciò abbia luogo qualche volta. Quindi Pinel ed il Signor Andral han veduto una peritonite perperacuta e mortale manifestarsi subito dopo la scomparsa de' dolori articolari; nella maggior parte de' casi però, specialmente perciò che riguarda la pleura e gl' involucri cardiaci, le complicazioni si manifestano senza che abbia luogo alcuna diminuzione nello stato locale; il più delle volte, quando i dolori articolari hanno tutta la loro acuzie, i sintomi di flemmasia si mostrano dalla parte del cuore. Ciò porge autorità al Signor Bouilland di dire che il pericardio ed il cuore vengono affetti, in quelli colpiti da reumatismo, nello stesso modo col quale vengono colpite le giunture. Queste flemmasie intercorrenti sieguono lo stesso corso come se fossero primitive, e benchè di origine reumatica, non hanno la mobilità dei sintomi articolari. Mi è stato vedere però, pochi anni or sono, una eccezione distintissima a questa regola in una signora la quale, colpita da un reumatismo articolare de' più violenti, à presentato i sintomi stetoscopici di una pneumonia sinistra, i quali comparivano e sparivano da un giorno all'altro, seguendo esattamente le alternative della malattia articolare. Per lo spazio di quattro mesi di durata della malattia, il polmone sinistro in tutto il lobo inferiore era stato colpito da epatizzazione, poi liberato, poi ricolpito dieci o dodici volte. Annunziando che questo fatto straordinario à avuto per testimonio il Signor Louis, credo renderlo affatto autentico.

Durata. — Niente è più variabile quanto la durata del reumatismo articolare acuto generalizzato; essa, a confessione della maggior parte degli autori, è molto incerta. Pinel stimava che poteva variare tra sette e sessanta giorni; ma, siccome viene osservato con ragione dal Signor Requin, non è raro che la malattia si prolunghi sino alla fine del terzo mese. Il Signor Chomel, riconoscendo quanto la durata del reumatismo fosse variabile nelle sue diverse specie, stabiliva già, nella sua tese inaugurale, che la malattia, quando era intensa, si prolungava raramente al di là del secondo o del terzo settenario. Infatti la durata media del reumatismo deve essere fissata a questo periodo, quando si cura col metodo generalmente seguito dai medici.

Però il Signor Bouillaud à detto che gli ammalati sottoposti alla sua cura erano guariti metà prima degli altri; perchè in essi il reumatismo si risolveva, per esempio, in uno o due settenari. Ma il Signor Requin à provato che il Signor Bouillaud ei era ingannato, e che calcolando la durata del reumatismo, negli ammalati, non a partire dalla cura, ma a contare dallo sviluppo, si aveva una media di ventotto giorni, cifra che, lungi dall'essere meravigliosa, oltrepassa, per lo contrario, la media comune ottenuta dalle cure meno energiche. Non abbiám parlato sin ora che del reumatismo acuto o generalizzato; in quanto al reumatismo fisso ricorderemo essere molto più ostinato, e la sua durata, raramente minore di tre settenari, si prolunga spesso molti mesi.

Esiti, conseguenze. — Tutti convengono, e la esperienza di tutti i giorni dimostra che, nella immensa maggioranza dei casi, il reumatismo acuto termina colla guarigione senza lasciare dietro di esso alcuna conseguenza pericolosa, purchè non passi allo stato cronico: però abbiám veduto che, in alcune circostanze, la malattia poteva avere un esito funesto. Questo è quasi sempre prodotto da qualche d'una delle complicazioni che abbiám enumerate più sopra, specialmente da una pericardite, da una endocardite, e dagli accidenti cerebrali: Alcuni autori ànno ammesso in oltre che il reumatismo poteva uccidere per se stesso, che poteva essere la causa unica della morte, quando per esempio, termina colla suppurazione. Ma dopo la discussione alla quale ci siamo dati, crediamo che senza negare in modo assoluto che il reumatismo potesse, in certe condizioni speciali, terminare colla suppurazione, bisogna però convenire, col Signor Chomel che quest' esito non è ancora stabilito sopra alcun fatto certo. Lo stesso dicasi dell' esito della gangrena.

Se il reumatismo uccide raramente, almeno in modo immediato, può però lasciare per conseguenza alcuni accidenti più o meno pericolosi. Quindi avvi un gran numero d'individui nei quali il reumatismo articolare acuto diviene l'origine, la causa efficiente di una lesione organica del cuore. È questo un punto che i lavori del Signor Bouillaud ànno perfettamente stabilito: forse questo professore crede egli questi casi più comuni di quello che lo sono realmente; ma la influenza del reumatismo sul prodotto delle malattie organiche del cuore è un fatto indubitato e che è verificato io stesso moltissime volte.

Il reumatismo è una malattia molto soggetta alle recidive; è raro che lo individuo che à sofferto un primo attacco non ne provi in seguito uno o molti altri.

Diagnosi. — La diagnosi del reumatismo offre di rado delle difficoltà. Quello generale non sarà confuso co' dolori articolari del moccio e degli assorbimenti purulenti; perchè, in

queste malattie, le sofferenze artiritiche, si manifestano quasi sempre dopo molti giorni di uno stato generale più o meno grave. Esse si accompagnano in oltre a diversi accidenti che ne rendono chiara la natura. Sarà molto più facile non confondere il reumatismo articolare acuto con i dolori vivi, convulsivi accusati dagli ammalati in molte giunture allo sviluppo di certe malattie febbrili, perchè la pressione non esacerba affatto questi dolori, e non si accompagnano ne a gonfiamento ne ad arrossimento. Il reumatismo articolare fisso sarà distinto mediante i soli commemorativi dalla stortillatura e dall'artrite traumatica. Ricorderò che ne' casi di reumatismo fisso, bisogna cercare in quale stato sono le parti sessuali; perchè abbiain veduto che alcune volte, la blenorragia acuta si accompagnava a dolori ed a gonfiamento in una o molte articolazioni.

Avvi differenza tra la gotta ed il reumatismo? Quasi tutti gli autori, eccettuato Chomel, distinguono il reumatismo dalla gotta, e comprendono sotto questa ultima denominazione una malattia caratterizzata da dolore, gonfiamento, arrossimento delle piccole articolazioni, che occupano quasi sempre, nel principio, la prima giuntura del dito grosso del piede, mobile ne' suoi attacchi susseguenti, che può estendersi alle grandi articolazioni, e dar luogo secondariamente a diversi disturbi, specialmente delle funzioni digestive.

La gotta si distinguerebbe dal reumatismo: 1°. perchè attaccherebbe primitivamente le piccole articolazioni, le quali sono allora gonfie, rosse e dolorose; 2°. perchè i sintomi si mostrerebbero sotto forma di parossismi assai regolari o di specie di accessi al numero di tre o quattro, ciò che costituirebbe un attacco di gotta che avrebbe una durata media di due settenari; 3°. perchè le urine conterebbero una grande quantità di acido urico; 4°. perchè la gotta si accompagnerebbe più frequentemente del reumatismo a sintomi gastrici; 5°. perchè coesisterebbe spesso colla renella; 6°. perchè finirebbe col produrre allo interno delle articolazioni alcune concrezioni calciole chiamate *thopus*, composte specialmente di acido urico libero, o unito ad una base come la calce; 7°. perchè affetterebbe quasi esclusivamente le persone della classe ricca, 8°. perchè sarebbe ereditaria e si svilupperebbe sotto la influenza di cause dipendenti specialmente dallo alimento, e non, come il reuma, dalla impressione del freddo. Tutto ciò costituisce forse reali differenze? Noi crediamo: perchè si vede spesso la gotta colpire le grandi articolazioni, e produrre, nell'uno e nell'altro caso, la stessa serie di sintomi locali. Le esacerbazioni di cui parlasi nella gotta si trovano nel reumatismo, ed i sintomi gastrici, specialmente in certe costituzioni mediche, non sono rari; si sa pure che il reumatismo è forse, tra tutte le malattie acute, quella le urine

della quale sono più cariche e contengono una maggior quantità di acido urico. Si dirà forse, ma la gotta è ereditaria? Vedremo tra poco che, dietro le ricerche del Signor Chomel, il reumatismo non lo è meno. Delle concrezioni toface ne faremo forse un carattere distintivo? Ma il Signor Requin à fatto osservare che il reumatismo poteva anche produrle, del pari che la gotta, mentre esalava, come questa, le piccole articolazioni. In quanto alla coincidenza della gotta colla renella, malattie alle quali ànno attribuito una origine comune, il Signor Requin nota pure che si è molto esagerata la frequenza di questa coincidenza; e poi, dic'egli, ammesso per compiacenza che la gotta sia la malattia de' ricchi, ed il reumatismo quella de' poveri, questa differenza dell'una coll'altra, sotto il rapporto della coesistenza colla renella, ne seguiva necessariamente, perchè i ricchi ànno incontestabilmente il tristo privilegio di essere più spesso colpiti dalla renella, atteso il loro modo di vivere. Hanno voluto stabilire una diagnosi differenziale su de' segni anche più illusori: così si è preteso che nella gotta, il dolore esisteva sotto forma di un punto, mentre che nel reumatismo, era esteso e largo. Mi è stato dato vedere uno de' più distinti medici degli ospedali di Parigi fondarsi su questo carattere per stabilire se esisteva un reumatismo o pure una gotta, credendosi colpito dalle due malattie ad un tempo. I segni distintivi cavati da sintomi, dal corso, dagli accidenti consecutivi, sono talmente infedeli, che un autore il quale à scritto sulla gotta un trattato molto stimato, Guilbert non credeva affatto arrivare con essi ad una diagnosi certa, e stabiliva che il solo mezzo di distinguere le due malattie si trovava nella considerazione della cause. Diceva dunque che i dolori i quali avevano luogo dietro la impressione del freddo appartenevano al reumatismo, mentre quelli che avevano luogo fuori di questa causa, o senza che fosse dimostrata negl' individui collocati non pertanto negli agi o nel lusso, caratterizzavano la gotta. Un simile ragionamento, a parer mio, non merita di essere confutato. In riassunto crediamo, co' signori Chomel e Requin, che niente legittima una distinzione fondamentale tra la gotta ed il reumatismo articolare ordinario.

Pronostico. — Quantunque il reumatismo termini raramente in modo funesto, bisogna non pertanto considerarlo come una malattia seria: 1°. in ragion delle sofferenze che lo accompagnano; 2°. a causa della sua durata; 3°. a causa delle complicazioni gravi che possono manifestarsi da un momento all' altro, a cause delle conseguenze e delle frequenti recidive. Oltre a chè la maggiore o minore gravità del pronostico varia secondo la intensità del reumatismo, il numero delle articolazioni colpite, la forza della febbre, la natura delle complicazioni. Il reumatismo

fisso è grave, perchè non si può calcolar la durata, la quale è sempre lunga e perchè spessissimo seguito da tumori bianchi.

Etiologia. — Il reumatismo raro nella infanzia, quasi sconosciuto al di sotto del sedicesimo anno, si mostra specialmente da quindici a quaranta. Si vede di rado un primo attacco manifestarsi al di là di questa età. Gli uomini sono più frequentemente colpiti delle donne. Il reumatismo è una malattia ereditaria; forse lo è nella metà de' casi, siccome risulta dalla statistica del Signor Chomel. Vi è tanta maggior disposizione in quanto si è più volte sofferto. La malattia non risparmia alcun temperamento, alcuna costituzione. Però il Signor Bouillaud pensa che gl'individui di temperamento sanguigno e linfatico sanguigno, avendo la pelle bianca e delicata, i capelli biondi, vi siano più predisposti. Il Signor Chomel, nelle sue osservazioni, aveva veduto che il temperamento sanguigno predominava in quelli colpiti da reumatismo. Il reumatismo è una malattia comune in tutti i paesi del globo, ma sembra predominare ne' climi temperati, ove l'atmosfera è umida e fredda ad un tempo. Quindi è calcolato, dietro documenti ufficiali, che i regimenti i quali, in Inghilterra, offrivano 50 uomini colpiti da reumatismo per ciascun migliaio, non ne presentavano che 4. al Canada, 30 a Gibilterra, 34 a Malta, 33 a Bermudes, 29 alla Giamaica. Sembra del pari che nè il gran caldo nè il gran freddo siano causa di un maggior numero di reumatismi. Nulla si conosce di preciso sulla influenza del regime; però si conviene che gli eccessi di qualunque specie sono cause predisponenti molto potenti. Tra le cause efficienti, le sole la cui azione sia dimostrata, sono le fatiche corporali e specialmente la impressione del freddo umido sopra un corpo riscaldato. Questa causa agisce frequentemente, e su ciò non cade dubbio; ma nel maggior numero de' casi non si può dimostrare la esistenza; se à agito, ciò à luogo all'insaputa degli ammalati, i quali nel fatto lo ignorano, o almeno non lo ricordano punto.

Il reumatismo regna qualche volta epidemicamente; Storck, de Mertens, Stoll, ne citano alcuni esempt; ma queste piccole epidemie sono state sempre limitate, ed hanno avuto una breve durata.

Cura. — I medicamenti più o meno energici sono stati impiegati contro il reumatismo articolare. In primo luogo sono stati i salassi, che contano numerosi partigiani, tra i quali bisogna citare Sarcone, Tissot, Sauvages, e prima di essi Sidenham, il quale non per tanto, convinto alla fine della sua carriera del pericolo della sua pratica, consigliava di ricorrere ad una medicatura meno attiva. In questi ultimi tempi, il Signor Bouillaud è andato oltre più de' suoi predecessori, perchè à voluto applicare la sua formola de' salassi l'un sopra l'altro. Ciò che ab-

biamo detto in mille luoghi di quest'opera sulla impossibilità ed il pericolo di formulare anticipatamente o ridurre a regole fisse l'uso de' salassi mi dispenserà di far ritorno su questo punto. Oltre a chè il signor Requin à provato, in una luminosa discussione, che le pretensioni del Signor Bouillaud non erano fondate, e che lo abuso che questo professore faceva de' salassi deve recar pregiudizio agli ammalati. Però non bisogna credere, vedendoci alzar la voce contro l'abuso dei salassi, che, dando in uno estremo, noi li proscrivessimo dalla cura del reumatismo siccome lo voleva Giannini: questo eccesso sarebbe tanto biasimevole, tanto pregiudizievole quanto il primo; ma, di accordo colla maggior parte de' medici illuminati, e siccome lo insegna il Signor Chomel, crediamo che bisogna usare del salasso con molta moderazione. Quindi si aprirà la vena una, due o tre volte al più, purchè non venga richiesto da speciali indicazioni: si praticherà il più presto possibile allo sviluppo; perchè risulta dalle osservazioni che i salassi sono tanto più utili in quanto sono praticati ad un'epoca meno avanzata dalla malattia. Biasimando le emissioni sanguigne abbondanti nella cura del reumatismo, son di accordo colla quasi universalità de' medici. Però dando termine a questo soggetto, voglio invocare ancora la testimonianza di un pratico saggio, illuminato, del Signor Legroux, il quale, dopo aver salassato per molti anni largamente quelli colpiti da reumatismo ed aver loro applicato il metodo de' salassi l'un sopra l'altro, à dichiarato recentemente, con una buona fede che gli fa onore, che i salassi bondanti non sono applicabili in tutti; che ne' casi più felici, lasciano dopo essi un'anemia più o meno pronunziata, una convalescenza lunga, ed una pericolosa disposizione alla recidiva. Il Signor Legroux aggiunge che egli è portato a credere che i salassi favoriscano ancora le complicazioni infiammatorie della pleura e del cuore. (*Journal de médecine*, 1845).

Altra volta si è raccomandato contro il reumatismo articolare febbrile il tartaro stibiato ad alta dose; ma Laënnec istesso dopo di averlo raccomandato, riconobbe la sua inutilità; i signori Chomel e Dance anno pure riconosciuto la sua inefficacia. Si sa che Morton aveva concepito qualche speranza dall'uso della chinachina nel reumatismo articolare; Cheyne la crede egualmente utile; Held la crede uno specifico. Fu anche vantata dal Portoghese Tavarès, da Giannini, Fothergill, da Haygarth, da Alf. Leroy, e dal Signor Andouart; in generale si dava ad alta dose. Questo mezzo era caduto in disuso, quando, alcuni anni sono, il Signor Briquet l'ha ripristinata nel suo onore: solamente questo medico à sostituita la chinachina dal solfato di chinina ad alta dose. I fatti raccolti e pubblicati dal Signor Briquet, dal Signor Grandhomme suo allievo, quelli recentemente osservati

dal Signor Legroux, i risultati ottenuti all'ospedale di Lodi dal dottor Maschieron, e consegnati nel 1843 nella *Gazette de Milan* come quelli della nostra pratica, sono favorevoli a questo metodo. In fatti lo abbiamo sperimentato moltissime volte, e la durata media del reumatismo in questi casi è stata di 15 giorni in circa, a contare da' primi dolori sino alla completa cessazione. Il Signor Monneret, il quale à impiegato lo stesso medicamento, vi à pure riconosciuto molti vantaggi; però non lo credo capace di guarire la malattia più sicuramente di molti altri rimedi. Ma siccome il solfato di chinina amministrato nelle circostanze di cui è parola à dato luogo molte volte a gravi accidenti ed anche alla morte, bisogna usare di grandi precauzioni nel suo uso, è non oltrepassare mai la dose di 5 o 6 gramme, siccome è stato praticato imprudentemente altre volte. Crediamo che al principio non bisogna amministrare più di 1 gramma di solfato di chinina, poi aumentarlo progressivamente ad 1 gramma e 50 centigramme, poi a 2; non bisogna mai oltrepassare 3 gramme. Il rimedio si amministrerà in una grande quantità di veicolo, come 150 o 200 gramme; si darà a cucchiari, avendo cura di sospenderlo, o di allontanare molto le dosi subito che le vertigini, la sordità e lo indebolimento della vista indicheranno un'azione tossica sullo encefalo. Importa prevenire il lettore che se la chinachina solleva prontamente, se toglie anche con rapidità i dolori e la febbre, si vedono tosto dopo la cessazione e qualche volta non ostante la sua continuazione, le ricadute aver luogo, e ciò più spesso, più facilmente che dopo qualunque altra medicatura.

Al lato del solfato di chinina dobbiamo dire una parola del nitrato di potassa ad alta dose, il quale sembra agire nello stesso modo, cioè ipostenizzando. I signori Martin Solon, Gendrin, Staeber, Forget, sono i medici i quali in questi ultimi tempi hanno raccomandato con particolarità l'uso di questo rimedio altra volta impiegato da Brocklesbey e Macbride. Il Signor Martin-Solon, il quale à letto un lavoro su questo punto di terapeutica all'Accademia di medicina (21 ottobre 1843), amministra il nitro da 20 sino a 60 gramme, ed afferma che determina la soluzione della malattia tra quattro o dieci giorni e più spesso tra sette. La sua azione, dice l'abile e dotto medico di cui è parola, basta nei casi più intensi quando sono semplici. Questo risultato si ottiene senza che vi abbia altro effetto apparente meno che lo abbassamento del polso ed una diminuzione di calorico. In conseguenza della rapidità de'suoi effetti, il Signor Martin-Solon considera la cura del nitro siccome capace di prevenire le complicazioni cardiache, siccome capace di rendere le convalescenze cortissime e le ricadute meno frequenti; però non produce alcun vantaggio contro il reumatismo artico-

lare fisso, o quello il quale colpisce molte articolazioni ed è apiretico. Convien però sapere che il nitro ad alta dose può avere degl' inconvenienti, ed espone a de' pericoli: infatti abbiamo veduto ammalati ne' quali il rimedio era stato impiegato solamente a 15 gramme, e perire rapidamente in uno stato di risoluzione e di collasso. Questi disgraziati esempi non dovranno impedirci però di amministrare il rimedio nel caso ove sarà indicato, ma ci renderanno prudenti, e c' impediranno di cominciare la cura con dosi troppo forti; prima di tutto bisognerà sperimentare la sensibilità dello ammalato, prescrivendo le dosi moderate, come 3 o 4 gramme.

L'oppio è stato molto usato; da circa dodici anni, i signori Trousseau e Bonnet specialmente hanno curato un certo numero di reumatismi i quali cedettero prontamente all'applicazione dei sali di morfina col metodo endemico. Da un'altra parte, Corrigan ed il Signor Requin hanno dato frequentemente l'oppio internamente; lo abbiamo amministrato nelle stesse circostanze, ed abbiamo conosciuto la utilità ne' reumatismi esternamente dolorosi; però è piuttosto nocivo in quelli di natura assai infiammatoria. Quando si giudica conveniente l'amministrazione dell'oppio, la dose deve essere in rapporto colla violenza de' dolori e la suscettività degli ammalati. Convien cominciare con 1 decigramma in quattro pillole, poi secondo gli effetti ottenuti, si aumenta progressivamente sino a 30 o 40 centigramme nelle ventiquattr' ore. Corrigan si spinge anche più oltre, perchè dà frequentemente 50 e 60 centigramme, ciò che non sapremo consigliare.

Tra la moltitudine de' medicamenti raccomandati contro il reumatismo articolare, citeremo pure l'aconito, i sudoriferi, le frizioni mercuriali, la digitale, l'arsenico, i purganti, ma specialmente il colchico: quest'ultimo però sembra essere poco utile, siccome lo dimostrano le prove recenti tentate dal Signor Moneret.

In riassunto, quando il reumatismo è intenso e lo individuo vigoroso, bisogna incominciare con uno o due larghi salassi. Le emissioni sanguigne locali convengono meno delle generali; non sono vantaggiose che per combattere il reumatismo molto doloroso limitato ad una o due articolazioni. Queste saranno coperte da cataplasmi emollienti aspersi di laudano. Però convien sapere che in alcuni questi mezzi esacerbano i dolori; allora conviene astenersene. I bagni tiepidi, che molti impiegano, sono più nocivi che utili, perchè gli ammalati si raffreddano prendendoli, ed il movimento che bisogna imprimer loro aggrava di molto i loro patemi. Internamente si amministreranno le bevande tiepide o a temperatura della casa; saranno dolci temperanti, leggermente nitrati, e prese in quantità moderata e se-

condo i bisogni: voler satollare gli ammalati di bevande, siccome è stato praticato da molti, sarebbe aggiungere un tormento di più a quelli che quest' infelici già provano. Se avvi costipazione, si daranno di tempo in tempo i blandi purganti. Le membra saranno collocate in modo a favorire il meno possibile lo afflusso del sangue verso le articolazioni: è questo un punto sul quale il Signor Piorry insiste con ragione. Se avvi veglia, raddoppiamento de' dolori durante la notte, tornerà cosa utile eccitare il sonno con una piccola quantità di oppio (5 centigramme). Infine è inutile dire che la dieta assoluta, e gli ammalati dovranno essere alimentati solo quando la febbre sarà completamente scomparsa.

I mezzi preventivi del reumatismo articolare consistono specialmente in una buona igiene. Il Signor Reveillé Parise, il quale à studiato questa quistione interessante, nel 1835, nel *Bulletin de thérapeutique*, riduce la cura profilattica della malattia a' seguenti mezzi: 1.^o evitare le cause di raffreddamento della pelle; 2.^o far uso di bagni domestici e termali; 3.^o impiegare permanentemente sulla pelle certi tessuti (flanella); 4.^o far uso più o meno frequente di certi eccitanti esterni, come frizioni secche generali o parziali.

Sede e natura del reumatismo articolare. — Avendo prestato attenta cura a ciò che precede, e specialmente a' risultati offerti dall'anatomia patologica, si converrà non tornar cosa facile determinare quale sia la sede del reumatismo articolare. Questa malattia risiede forse nelle parti fibrose e tendinee delle giunture, o pure nel tessuto sieroso? Bichat ed il Signor Chomel specialmente sostenevano la prima opinione, il Signor Bouillaud si pronunzia per la seconda. Non avvi niente d'irrazionale quando si vuol supporre che il reumatismo articolare a sede primitivamente nel tessuto fibroso o fibro-celluloso delle giunture; ma se si ammette questa proposizione, bisognerà convenire col Signor Chomel che la malattia di queste parti, di qualunque natura essa sia, turba in certo modo le funzioni degli organi vicini e vi determina i fenomeni morbosi, la cui intensità sembra proporzionata a quella della malattia primitiva. Dietro questa teoria, i sintomi infiammatori presentati dalle membrane sinoviali sarebbero accidenti secondari, che potrebbero collocarsi nella stessa linea della infiammazione della pelle, che può osservarsi pure al livello delle articolazioni ammalate. Solamente, siccome dice il Signor Chomel, questi sintomi infiammatori non equivoci sembrano ricevere dalla causa che li produce una particolar modifica la quale influisce sul corso e la loro durata. Tutto porta a pensare che la malattia primitiva che supponiamo non è della stessa natura di quella che è secondaria, purchè non si volesse stabilire che la differenza apparente che

presentano e l'una e l'altra dipende dalla diversità di struttura de' tessuti. Non sapremo ammettere questa opinione, perchè il reumatismo, siccome lo abbiain detto, è uno: si è potuto giudicare che, qualunque sia la sua sede ne' muscoli o nelle parti fibrose, è sempre la stessa malattia. Or non è possibile che questa sia infiammatoria in un caso e di una diversa natura in un altro. Si comprende però che, secondo la sua estensione, ed i tessuti che affetta, potesse provocare o no lo sviluppo di accidenti secondari, siccome lo sono pel reumatismo articolare i sintomi infiammatori, sia locali, sia generali. Se questo modo di vedere non fosse adattato, se, contro ogni verisimiglianza, si volesse fare del reumatismo articolare una malattia primitivamente, essenzialmente infiammatoria, bisognerebbe almeno guardarsi di cadere nella stessa esagerazione del Signor Bouillaud, il quale considera il reumatismo articolare acuto, o, per servirmi del suo linguaggio, *l'artrite per raffreddamento*, siccome il tipo delle *malattie infiammatorie che sono del dominio della medicina*. Ma paragonate, siccome lo à fatto Stoll, la infiammazione vera colla infiammazione reumatica, paragonate pure la malattia articolare colle complicazioni infiammatorie del pericardio, dello endocardio e delle pleuri; paragonate infine l'artrite reumatica colla traumatica, e troverete tra esse tante differenze che non sarà possibile confonderle. Infatti, la sede multiplice, la estrema mobilità, la irregolarità del corso, la persistenza della febbre, indipendentemente da qualunque fenomeno locale, i risultati negativi quasi sempre dell'autopsia; e se a ciò si aggiunge che non esiste esempio di reumatismo terminato colla gangrena, e la mancanza di prove che il reumatismo si sia mai suppurato, sarete costretti ad ammettere che il reumatismo, sia o pur no infiammatorio, è una malattia di speciale natura, una malattia *sui generis*, che deve avere un posto a parte nel quadro nosologico, e che in tutti i casi bisogna distinguerlo tanto in teoria come in pratica dalle flemmasie specchiate o vere.

DEL REUMATISMO ARTICOLARE CRONICO

Il reumatismo articolare cronico è forse una malattia più comune della forma acuta, alla quale succede quasi sempre; in alcuni casi però, il reumatismo è primitivamente cronico.

Anatomia patologica. — Il reumatismo articolare cronico non ha carattere anatomico proprio: si sa che spesso si accompagna ad alcune lesioni; ma queste sono variabili e s'ignora pure in quali porzioni esse si manifestano. Su sei autopsie praticate dal Signor Chomel, tre volte questo professore non trovò alcun'alterazione nè nelle articolazioni nè ne' muscoli; però nel-

e tre altre esistevano diverse lesioni. Eran desse ulcerazioni superficiali delle cartilagini in tutti; queste cartilagini erano sostituite, di distanza in distanza, da un tessuto cellulare rossastro vascolare, facile ad esser portato via, che presentava l'osso nudo al di sotto. Una simile lesione è stata osservata dal Morgagni e da Latour (d'Orleans); il tessuto cellulare esterno alla membrana sinoviale, offriva pure un colorito rosso o livido, come se del sangue vi si fosse stravasato. Infine nel terzo individuo, il Signor Chomel à trovato una lesione distintissima: la membrana sinoviale era distaccata e sollevata dalla superficie dell'osso, e disseminata da fori rotondi come se fossero stati fatti da uno stampo. Ne' punti corrispondenti à questi fori, il tessuto compatto era intieramente distrutto, mentre che il tessuto spungioso rossastro persisteva solo. Il Dottor Ballot (di Gien), à descritto in un caso di reumatismo cronico, delle lesioni quasi simili. Le altre alterazioni che si possono incontrare nelle articolazioni da lungo tempo colpite da reumatismo cronico, sono tutte quelle che si osservano nelle anchilosi ed i tumori bianchi; se ne trova la descrizione ne' libri di chirurgia. Oltre a chè queste lesioni sono affatto consecutive. Infine le ossa gonfiandosi abitualmente, le parti tendinee s'ipertrofizzano, si appassiscono, e ne risultano le deformazioni più o meno considerabili delle articolazioni. Queste deformità sono marcate specialmente nelle piccole giunture, come il dito grosso e le dita: spesso ancora le superficie articolari non avendo più gli stessi rapporti, le parti sono trasformate e deviate ad un tempo. Le deformazioni di cui è parola dipendono anche dal deposito di concrezioni calcari tofacee, primitivamente depositate ne' tessuti fibrosi, e che, aumentando, possono penetrare da una parte nell'articolazione, e dall'altra aprirsi una strada allo esterno alterando la pelle.

Sintomi, corso. — Nel reumatismo cronico, il dolore forse è quasi negativo o può mancare completamente; il solo fenomeno che osservasi allora è un incomodo ne' movimenti. Però nella maggior parte de' casi, le giunture affette sono più o meno dolorose; possono anche divenirlo, almeno per un momento, come nella forma acuta, ma non esiste mai arrossimento. La pressione è senza effetto su i dolori, o pure li esaspera: il più delle volte avvi genfiore, il quale dipende dalla congestione, e più ancora da' versamenti che hanno luogo nell'articolazione, come anche delle altre alterazioni di nutrizione sopravvenute nei ligamenti e nelle parti fibrose circostanti. I dolori del reumatismo cronico differiscono da quelli della forma acuta perchè sono più fissi e meno mobili; si esacerbano qualche volta la notte; altre volte il calore del letto li calma, ma raddoppiano quasi costantemente ne' tempi umidi e freddi. Gli ammalati si pretendono qualche volta di essere specie di barometri viventi e pre-

dire i cambiamenti atmosferici uno o molti giorni prima; ma il Signor Chomel à dimostrato, or son trent'anni e più, che questa opinione era molto meno fondata di quello si è detto.

Nel reumatismo cronico, i movimenti sono sempre impediti, e possono essere anche completamente sospesi; ciò à luogo necessariamente quando le giunture sono deformate o circondate di tofi. Se i movimenti possono ancora aver luogo, si sentono qualche volta, durante lo strofinio delle superficie articolari, alcuni rumori discoppiettio, come se fossero scabrose ineguali.

Quando i dolori sono moderati, e che poche articolazioni sono state solamente colpite, le funzioni organiche non presentano alcun disturbo; non avviene del pari ne' casi contrari. In fatti molti ammalati, spossati da' continui dolori, indeboliti della mancanza di esercizio, dimagrano, non possono digerire, alcuni sono minacciati da febbre etica. Pur tuttavia questa si dichiara solo ne' casi di complicazione, quando, per esempio, le ossa si cariano. Quasi tutti coloro che sono colpiti da questo reumatismo muoiono in seguito di qualche malattia intercorrente. Secondo il Signor Bouillaud, le lesioni organiche del cuore occuperebbero il primo posto. Molti di questi ammalati, forzati ad un decubito prolungato, van soggetti alle escare del sacro, e periscono per i disordini che ne sono la conseguenza.

Il reumatismo cronico dura raramente meno di tre o quattro mesi; spesso si prolunga in modo indefinito.

Cura. — I salassi non convengono affatto, purchè però una o molte articolazioni non siano la sede di una flussione troppo forte, perchè in questo caso bisogna ricorrere all'applicazione delle sanguisughe, o pure alle coppe scarificate. I mezzi che offrono maggiori vantaggi contro la malattia sono i rivellenti cutanei (linimenti eccitanti, ammoniacali, vescicanti, cauteri, moxa, e la cauterizzazione trascorrente), i bagni e docciature a vapore, semplici o aromatiche. Sono stati pure vantati i bagni solforosi artificiali o naturali; le acque di alcune sorgenti minerali, come le Eaux-Bonnes, di Bade, di Louche; di Bagnères, di Barèges, i bagni di Grèoulx, del Mont-Dore, d'Aix in Savoia, di Neris, di Vichy, ec. Da qualche anno quest'ultime specialmente godono di un certo favore; perchè date internamente e sotto forma di bagni, sembra che abbiano migliorato lo stato di moltissimi affetti da reumatismo, e qualche volta, pare che abbiano sciolto le concrezioni tofacee. Il Signor Troussseau à riconosciuto ne' bagni del sublimato una grande efficacia pel reumatismo cronico (8 a 31 gram. di sublimato per un bagno di un adulto); egli amministra uno di questi bagni tutti i giorni o in ogni due giorni, sino a che le gengive s'infiammino alcun poco. Allora sospende o allontana i bagni sino a che il gonfiamento ed il dolore siano

completamente scomparsi. Questa cura è accompagnata dalle bevande sudorifere concentrate, da alcuni bagni semplici e di vapore: essa è terminata dalle fumigazioni del cinabro in un apparecchio ove la testa possa essere al coperto del vapore mercuriale.

Contro il reumatismo cronico si è pur vantata la elettricità il galvanismo, l'acopuntura; però una grande incertezza regna ancora sul grado di utilità di questi mezzi. Internamente si amministrano i purganti, i sudoriferi, il solfato di chinina, tutto ciò senza effetti vantaggiosi. In quanto al ioduro di potassio ed all'olio di fegato di baccalà, tanto raccomandati in questi ultimi tempi, bisogna aspettare più numerosi fatti per dare una opinione sul valore di questi rimedi. Il solfato di chinina, sì efficace contro la forma acuta, è sempre mancato nelle nostre mani contro il reumatismo cronico. Gli ammalati di cui è parola saranno coperti di flanella dalla testa sino a' piedi, porteranno gli abiti ben compatti, abiteranno un luogo asciutto, ben esposto, e saranno collocati nelle migliori condizioni igieniche.

MALATTIE SPECIALI ALLA PELLE

DELLA PRURIGINE

La parola prurigine, derivata da *pruritus* (prurito), serve ad indicare una malattia speciale della pelle, caratterizzata da papole (1) ed accompagnata da un prurito spesso insopportabile.

Le papole della prurigine sono in maggiore o minor numero; ordinariamente limitate ad una regione, come le spalle, la nuca, le parti genitali, o pure sono sparse su tutta la estensione de' tegumenti. Questi bottoni sono discreti isolati, visibilissimi all'occhio; conservano il colorito della pelle; gli uni sono piccolissimi, poco sporgenti, ed accompagnati da un prurito moderato (è questo il *prurito mitis*); gli altri sono più larghi, più numerosi, più protuberanti, ma piani, e sono la sede di un prurito insopportabile, che aumenta col calore del letto, dopo il pranzo, dopo l'uso delle bevande stimolanti. In ragione della sensazione del formicolio che l'accompagna, si è dato a questa forma della malattia il nome di *P. formicans*. Allora gli ammalati si stropicciano, si grattano con spazzole dure, colle biancherie ruide; si decorticano, si lacerano la pelle: in questi casi, sulla sommità della spalle che sono state escoriate dalle unghie, si forma spesso una piccola concrezione sanguigna, nera-

(1) Cioè piccoli bottoni pieni, solidi,

stra, che dà alla eruzione, dice il Signor Cazenave, un aspetto affatto caratteristico.

La malattia quando è semplice, benigna, termina in due o tre settenari colla risoluzione; le papole si cancellano senza rimaner traccia alcuna; qualche volta si osserva al loro livello una leggiera desquamazione forforacea. Spesso però, specialmente nei vecchi e ne' deboli, la malattia s' invecchia, e si prolunga per anni intieri; allora le papole divengono più dure e più larghe; il Signor Cazenave le à viste, in queste circostanze, del volume di un pisello. Questo distinto medico fa osservare che la prurigine offre di tempo in tempo delle esacerbazioni più o meno gravi, accompagnate da una eruzione di papole novelle, e specialmente da crisi di prurito veramente insopportabili. Allora gli ammalati non ritrovano un corpo tanto duro per raschiare, per lacerar la pelle. Alla fin fine poi i tegumenti si alterano, il derma ed i tessuti sottostanti s' indurano e s' ipertrofizzano: spesso si vede, in questi casi, che la malattia vien complicata da molte altre eruzioni, specialmente dallo eczema, dalla impetigine, dall' ettima, da' foruncoli, e dagli ascessi del tessuto cellulare, ec. Nelle persone suicide, specialmente ne' vecchi, avvi spesso molti insetti appartenenti ordinariamente al genere *pediculus* (pidocchio): è questa la prurigine *senilis* di Willan. Infine, quando l' alterazione è molto estesa, si vede, in alcuni casi rari, la salute generale alterarsi, gli ammalati perdono l' appetito; essi hanno diarrea, e periscono finalmente nel marasmo.

La prurigine può occupare i diversi punti della superficie del corpo; ma si osserva specialmente al volto, al collo, alla nuca, sul dorso, alla faccia esterna delle membra, specialmente delle superiori, come anche alle parti genitali.

Diagnosi. — Diremo or ora in che modo la prurigine potrà essere distinta dal lichene. La malattia sarà facilmente distinta da tutte le affezioni vescicolari e specialmente dallo eczema per la violenza del prurito e sopra tutto per la mancanza delle vescichette; avvi però tra la prurigine e la scabbia una simiglianza di aspetto la quale ne à spesso imposto, però lo errore sarà evitato considerando le differenze che esistono tra le due malattie sotto il rapporto della loro sede e della loro forma elementare. Così la prurigine affetta specialmente le membra nel senso della estensione, mentre la scabbia si mostra in preferenza in quello della flessione; questa è costituita da vescichette da dove parte un piccolo solco nel fondo del quale è nascosto l' acarus scabie, mentre che nell' altra, sono elevatèzze, bottoni duri intieramente pieni, senza solco alla loro base, ed alla sommità de' quali esiste spesso un piccolo grumo nerastro, il che siccome lo abbiám detto, è un fenomeno affatto secondario.

Pronostico. — La prurigine, per la sua persistenza e le sue frequenti recidive, costituisce una malattia pericolosa, la quale avvelena spesso gli ultimi anni di alcuni vecchi o degl'individui deboli. Tali furono, secondo Alibert, Platone, Carlo-Quinto, Carlo IX ec.

Etiologia. — La prurigine è più frequente nell'uomo che nella donna; colpisce specialmente i fanciulli ed i vecchi; si osserva frequentemente negli individui che vivono nel sudiciume, che hanno un cattivo regime, e si abbandonano agli eccessi dei liquori spiritosi. Però non è rara cosa vedere la malattia in mezzo alle circostanze opposte. Essa non è mai contagiosa.

Cura. — Quando la prurigine affetta un individuo giovane, forte, bisogna impiegare un metodo antiflogistico, cioè un salasso generale o le sanguisughe in vicinanza della eruzione, i bagni tiepidi, le bevande temperanti, le lavande fredde, ec. Se la malattia è antica, se lo individuo è debole, si preferiranno le bevande amare, i bagni alcalini fatti con 150 a 200 gramme di sotto carbonato di potassa, un regime tonico ed alcuni derivativi intestinali. Se la malattia resiste a questi mezzi, si amministreranno le preparazioni solforose allo esterno ed allo interno. In queste circostanze sono state vantate moltissime pomate; le più in uso sono quelle col calomelano (4 gramme con 30 di sugna), o sotto carbonato di soda (egual porzione); quella di catrame (2 a 4 gram. in 30 di sugna), la pomata di Helmerich, una pomata alcalina composta (calce spenta 8 gramme sotto carbonato di soda e laudano 2 gram. di ciascuno, sugna 30). A questi mezzi si uniranno i bagni freschi, semplici o alcalini, i bagni salati, i bagni di mare ed i bagni acidi (30 a 100 gram. acido cloridrico per bagno). Ma il signor Cazenave à raramente ottenuto buoni effetti da questi ultimi. Infine i bagni mercuriali e le fumigazioni di cinabro converranno negli stessi casi, specialmente quando trattasi di una prurigine pedicolare.

DEL LICHENE

La parola *lichene*, che nel linguaggio medico à avuto molti distinti significati, è oggi consacrata per indicare una malattia caratterizzata da piccole protuberanze dure, solide, chiamate *papole*, quasi tutte agglomerate e pruriginose.

Questa malattia può essere acuta; il più delle volte è cronica, e presentasi sotto due forme principali distinte sotto i nomi di *lichene simplex et agrius*.

Lichen simplex. — Il lichene semplice à certe papole della grossezza di un granello di miglio agglomerate in maggiore o minor numero; sono rosse ed accompagnate da un prurito in-

comodissimo, ed anche da un cuociore molto vivo, se la malattia è acuta. Ma dopo alcuni giorni questi sintomi locali diminuiscono, e se novelle eruzioni non hanno luogo, la malattia termina in sette o otto giorni con una leggiera desquamazione forforacea. Il lichene acuto occupa quasi sempre la faccia o il tronco. Quando il lichene semplice è cronico (caso più comune) le papole offrono quasi sempre il colorito de' tegumenti, i quali sono disseminati di piccoli tumori leggermente pruriginosi che rimangono stazionari per settimane e mesi intieri; allora delle eruzioni successive hanno luogo di tempo in tempo spesse volte. Il lichene semplice cronico, dicono i signori Cazenave, e Schedel, è sempre accompagnato da uno spessimento più o meno considerabile della pelle e dà luogo frequentemente ad una bondante desquamazione. La eruzione di cui è parola forma la sua sede di predilezione sulle membra, specialmente sulla faccia dorsale delle mani.

Lichen agrius. — Il lichene agrius può essere primitivo e venire in seguito al precedente. Esso è caratterizzato da papole agglomerate, piccolissime, rosse, che riposano sopra un fondo eritematoso, che si estende al di là della eruzione. Questa si accompagna ad un prurito ed un cuociore eccessivi, i quali aumentano col calore del letto, dopo il pranzo, dopo la introduzione di liquidi stimolanti: queste sensazioni sono qualche volta sì vive, che gli ammalati si stropicciano con furore facendo spesso uso de' corpi più duri. Lungi dal diminuire verso il quinto giorno come nel lichene semplice, quì gli accidenti si aumentano; la sommità delle papole si ulcerano, e ne geme un liquido sero-purulento che si condensa e forma delle piccole croste giallastre, molli, poco aderenti, le quali, cadendo, sono sostituite da sottili squame. Allora, dice il Signor Cazenave, lo arrossimento diminuisce qualche volta, à luogo una desquamazione, e la malattia termina dopo dodici o quindici giorni. Più spesso però un liquido più o meno bondante si segrega incessantemente, e le squame, non appena cadute, si formano di bel nuovo. Nello stato cronico, la quantità del liquido segregato diminuisce progressivamente; le squame sono più secche; sono sostituite da una desquamazione farinacea ed allora è facile veder la pelle più o meno assottigliata. A questo grado la malattia può durare per mesi intieri. Molte altre specie di lichene sono state ammesse; quindi è stato descritto il lichene *strophulus*, varietà la quale affetta essenzialmente i fanciulli lattanti, che esiste sempre allo stato acuto, e consiste, dicono i signori Cazenave e Schedel, in una eruzione, quasi sempre generale, di papole più rosse o più bianche del resto della pelle, accompagnate da vivissimo prurito. Si ammette in oltre; 1.° il lichene *pilaris*, che

à sede sulle punte de' peli: si considera come ostinatissimo; 2.^o il lichene *circoscriptus*, nel quale le papole sono disposte a gruppi circoscritti di forma irregolarmente circolare; 3.^o il lichene delle membra inferiori si accompagna qualche volta ad un colorito livido delle papole, o pure è framisto da petecchie: è questa la forma che Willan chiama lichene *lividus*; 4.^o finalmente, i fanciulli, specialmente durante i calori, sono soggetti ad una varietà di lichene che à ricevuto l' epitoto di *urticatus*, perchè le papole protuberanti, voluminose, circondate da un' areola rosea, ricordano benissimo le protuberanze della urticaria: esse sono fugaci al pari di quelle, e come quelle sono accompagnate da cuociore.

Diagnosi. — Il lichene essendo costituito da papole, cioè da piccoli bottoni affatto solidi, si distinguerà facilmente dalle eruzioni vescicolari (*eczema*, *erpete*, *scabbia*). Confessiamo però che grande imbarazzo può aver luogo qualche volta quando si vuol fare la differenza del lichene *agrius* dallo eczema cronico; si cercherà allora per conoscere se esiste qualche papola; si avrà pure riguardo allo stato della pelle, la quale è spessita, aspra, rugosa, alterazione consecutiva ma affatto caratteristica, e che non trovavasi negli eczema. La prurigine per lo contrario, à la stessa lesione elementare: ma in questa, le papole sono più larghe, sono piane, e quasi sempre la loro sommità escoriata fortemente, è coverta da una piccola concrezione sanguigna.

Pronostico. — Il lichene è una malattia niente affatto grave, però è incomoda e spesso ostinata: la forma *agrius* è la più pericolosa.

Etiologia. — Il lichene non rispetta alcuna età; è frequente in està e nella primavera, e mostrasi comune nelle regioni tropicali. È spesso prodotto alla faccia per gli ardori del sole e per gli errori dietetici; gli eccessi de' liquori spiritosi sono annoverati specialmente tra le cause determinanti. Si mostra in oltre spessissimo sull'avanbraccio e le mani degl'individui che maneggiano sostanze polverolenti; tali sono i speziali, e quelli i quali, come i fabbri, sono esposti ad un focolaro ardente.

Cura. — Al lichene *simplex* si opporranno soltanto le bevande diluenti, i lassativi, alcuni bagni tiepidi o freddi ed un blando regime. Se la malattia è cronica i bagni saranno alcalini, e se il male resiste, si ungeranno le parti colla pomata di calomelano, catrame, di canfora. Il lichene *agrius*, se è infiammato di molto, potrà richiedere l'uso del salasso; s'insisterà su i bagni emollienti, su i cataplasmi di fecola. Più tardi, si prescriveranno i bagni alcalini e solforosi; infine, se la malattia resiste, s'impiegheranno esternamente le pomate di dentro ioduro di mercurio; si modificherà la parte colle lavande e le docciature idro-solforose, coll' applicazione di un vescicante,

o la canterizzazione coll' azolato di argento. Quando il prurito è intenso e che si è mostrato ribelle a tutti i mezzi, il Signor Baumes consiglia la compressione con una piastra di piombo, o colla semplice fasciatura.

DELL' URTICARIA

Sinonimia. — Febbre articata, porcellana; *uredo*, *purpura articata*, *epinyctis pruriginosa essera*.

Si dà il nome di *urticaria* ad un esantema non contagioso, formato da piastre protuberanti irregolari, più bianche o più rosse della pelle circostanze, molto sugaci, ed accompagnate sempre da un incomodo prurito. La *urticaria* è così chiamata perchè la eruzione somiglia molto a quella che produce sulla pelle il contatto della urtica (*urtica ureus*). Questa malattia è molto anticamente conosciuta; infatti, essa è stata ben descritta da Celso, e poscia dagli Arabi.

Sintomi corso. — La *urticaria* presenta qualche volta de' prodromi, come mal' essere, stanchezze, spezzamenti, febbre, perdita di appetito, imbarazzo gastrico, vomiti, diarrea. Altre volte la eruzione à luogo senza essere accompagnata da alcun disturbo della salute. Gli ammalati accusano allora nelle diverse parti della pelle un prurito intenso che li spinge a grattarsi. Su questi stessi punti, si veggono nascere alcune piastre dure e protuberanti, rotonde o ovali, della estensione di 5 millimetri a quattro o 5 centimetri; le une sono leggermente rosee; le altre più bianche delle parti vicine. Il loro numero varia; ora se ne osservano solamente due o tre; altre volte sono bondantisime, e divengono confluenti in molti punti. Questa eruzione si accompagna ad un senso di cuociore e di un prurito incomodissimo, che aumenta dopo il pranzo, col calore del letto, coll'avvicinarsi al fuoco, il che non permette alcun riposo agli ammalati. Queste piastre spariscono in generale sollecitamente; spesso durano tre o quattro minuti soltanto; altre persistono per lo spazio di una, due o tre ore, ma si riproducono altrove. Qualche volta sono seguite da una leggiera desquamazione dello epidermide: in alcuni casi poi, la stessa piastra può resistere senza cambiamento per lo spazio di uno, due o tre settenari (*urticaria perstans* di Willan).

Varietà. — Willan à ammesso sei varietà di *urticaria*, che possono ridurre a tre: son desse: 1° la *urticaria febbrile* o *febbre urtirata* propriamente detta (*urticaria febrilis*), la quale è generalmente preceduta e sempre accompagnata da un movimento febbrile, e si liga spesso ad un disturbo delle funzioni digestive. La sua durata media è di un settenario. Questa varietà si

presenta qualche volta co' sintomi della febbre intermittente. I signori Cazenave e Schedel l'hanno veduta ritornare allora periodicamente durante gli accessi, e cessare intieramente durante l'apiressia, senza che fosse possibile determinare se in questi casi l'urticaria altro non fosse che un epifenomeno, o pure se costituisse la malattia principale; 2° la urticaria *fugax* (*urticaria evanida*), la quale non si accompagna nè a febbre nè ad alcun mal'essere, che comparisce e sparisce dopo alcune ore e si riproduce così ad intervalli più o meno ravvicinati per mesi ed anche per molti anni. Bielt l'ha veduta durare per sette anni consecutivi. 3° Una varietà molto rara è quella che chiamasi *urticaria tuberosa*, perchè formata da vere tuberosità dure, profonde, protuberanti, molto dolorose, che recano incomodo a' movimenti delle membra sulle quali si manifestano, che compariscono la sera o la notte, e spariscono l'indomani, lasciando gli ammalati più o meno deboli ed abbattuti, (*epinyctis*). Questa forma di urticaria è rara, e la sua durata, che non è mai minore di due o tre mesi, è stata qualche volta di tre o quattro anni.

Diagnosi. — La forma, il colorito, la elevatezza delle piastre, il prurito di cui esse sono la sede, la durata efimera, caratterizzano sufficientemente la urticaria, ed impediranno di confonderla collo eritema o con un'altra malattia e specialmente col *lichen urticans*.

Pronostico. — Se la urticaria non compromette la vita costituisce però una malattia penosa, incomoda, in ragione del prurito che determina, e spesso à causa della sua durata.

Cause. — La urticaria è più comune ne' fanciulli, nelle donne, negl'individui irritabili, nervosi; nelle stagioni e ne' paesi caldi. Questa malattia à luogo spesso senza causa manifesta; frequentemente poi è consecutiva ad una emozione morale viva o alla introduzione di certe sostanze nello stomaco, come il balsamo di copaiba, certi pesci di mare; e di molte conchiglie, come le moli, ec. In altri individui di una particolare idiosincrasia, la carne di porco, le carni affumicate, certi frutti, producono gli stessi effetti. Infine la urticaria può essere prodotta direttamente dalle foglie delle urtiche, da certi cespugli, e negl'individui eccessivamente predisposti dal semplice strofinio.

Cura. — La urticaria prodotta da cause dirette o locali si dissipa quasi sempre di per se: però, se il prurito è vivissimo, si potranno consigliare i bagni alcalini contenenti 64 a 100 grammae di sotto carbonato di potassa, o si faranno le lavande coll'acqua bianca. Quando la urticaria si accompagna a febbre, bisogna prescrivere le bevande temperanti, i bagni tiepidi, i lassativi, e la dieta. Di rado fa d'uopo ricorrere a' salassi, non per tanto sarà praticato quando lo individuo è pletorico. Se la

malattia ritorna dopo aver trangugiato certi alimenti, si solicherà un vomitivo o un purgante, secondo che queste sostanze sono nello stomaco o negl' intestini; si prescriverà poscia qualche bevanda fortemente acidola. Se questi alimenti hanno prodotto la indigestione, si darà qualche infusione teiforme aromatica.

La urticaria cronica torna spesso difficile ad esser combattuta; la sua persistenza dipende qualche volta dal genere di regime degl' individui: così Willan consiglia di togliere successivamente le diverse vivande ed i diversi liquidi de' quali fanno uso abituale, ed allora si vede finalmente la sostanza divenuta incompatibile colla idiosincrasia dello individuo. In queste urticarie croniche, si daranno utilmente i purganti ripetuti, le bevande acidole, le sostanze amare. I bagni sono vantaggiosi di molto; si amministrano tiepidi o freddi, semplici, alcalini o acidi (30 a 120 gramme di acido solforico). Negl' individui deboli si avranno grandi vantaggi dell' uso de' bagni di mare. Infine Bielt à guarito una urticaria ostinata coll' uso della soluzione di Fowler, altri colle docciature ed i bagni a vapore. Che la malattia sia acuta o cronica, quando il prurito è molto incomodo, si cercherà di calmarlo colle lavande acidole, e se il sonno è impedito si prescriverà l' oppio. La urticaria ligata alla esistenza di una febbre intermittente si cura col solfato di chinina.

DELLA ELEFANTIASI DE' GRECI O LEPRE TUBERCOLOSA

La elefantiasi de' Greci è una malattia caratterizzata dallo sviluppo su diversi punti del corpo, specialmente alla faccia, di *tubercoli* irregolari, molli, rossi o lividi allo sviluppo, e che acquistano poscia un color rossigno o di bronzo, e si accompagnano ad un' alterazion profonda della pelle, la quale diviene spesso rugosa, grigiastrea, brunastra come quella dello elefante. In ragione di questa simiglianza si è dato alla malattia il nome che porta (1).

Anatomia patologica. — I punti della pelle che sono affetti si veggono disseminati di piccoli tumori chiamati impropriamente tubercoli, che hanno sede, gli uni nella spessezza della pelle, gli altri sotto questa membrana; il loro tessuto è biancastro, resistente; la pelle che li ricopre è assottigliata raggrinzata; avvi spesso ulcerazioni, le une livide, le altre ricoperite; se le

(1) In patologia cutanea la parola tubercolo serve ad indicare piccoli tumori duri più o meno superficiali, accompagnati quasi sempre da un colorito anormale della pelle. Questi tubercoli possono risolversi, o terminare per suppurazione ed ulcerazione.

croste; hanno luogo al punto suppurato alcuni tubercoli. Quando s'incide il derma, dice il Signor Gibert, si trovano ordinariamente gli strati superficiali della pelle assottigliati, disseccati, simili alla pergamena; altre volte si osserva una spessezza specchiata del derma ed uno sviluppo siccome erettile del tessuto vascolare di Heicorh. Il tessuto cellulare sotto cutaneo è spessito, indurato o suppurato.

Le membrane mucose sono più o meno alterate; esse offrono dappertutto un colorito di bronzo; la congiuntiva è gonfiata, la cornea assottigliata, la pupilla spesso contrattata; tubercoli analoghi a quelli della pelle si mostrano sulla volta del palato, alla lingua, alla laringe; la mucosa di queste parti è spessita, scollata, distrutta. Lo stomaco è sano; ma secondo il Signor Gibert, i follicoli di Payer sarebbero qualche volta sviluppati, indurati, ulcerati.

Sintomi, corso — La comparsa de' tubercoli è ordinariamente preceduta da macchie rossastre ne' bianchi, da un nero più cupo ne' negri; se vi sono peli sulla parte cambiano egualmente di colorito. Tosto al livello delle macchie si sviluppano i tumori rossastri, molli, lividi, il cui volume varia da quello di un pisello sino a quelli di una noce e più. La pelle, la cui sensibilità era ottusa quando non vi erano macchie è divenuta estremamente dolorosa. Se la malattia occupa la faccia, siccome ciò à luogo quasi sempre, i lineamenti sono orribilmente sfigurati; allora, dicono i signori Cazenave e Schedel, le narici si dilatano; i tubercoli infirmi si sviluppano sulle pinne e sul lobo del naso e sin nella bocca; le orecchie divengono mostruose; le labbra s'increspano; le ciglia e le sopracciglia cadono; la pelle prende una tinta generale di bronzo, alla quale prendono parte le mucose circostanti. Alle membra, la pelle profondamente solcata, untosa e lucida, si cove di tubercoli enormi, piani; il tessuto cellulare sottostante è gonfio, e queste regioni, più o meno deformate, hanno un aspetto disgustante; infine la sensibilità che era sì viva, diviene ottusa, qualche volta si spegne: la voce si estingue, la vista è indebolita, pervertita in modo il più strano. Si è detto che questi ammalati erano spesso satiriaci; ma ciò non sembra essere stato frequentemente osservato, almeno a Parigi.

In una forma anche più grave della malattia, si veggono delle ulcerazioni di cattiva natura, poi covrirsi di croste ed essere poscia sostituite da cicatrici deformi: infine presto o tardi hanno luogo le mutilazioni più o meno gravi.

La elefantiasi può guarire; allora i tubercoli si risolvono; però la malattia è quasi sempre incurabile; gl'individui periscono minacciati da una febbre elica o uccisi da una complicazione.

Diagnosi. — Non sorge difficoltà per distinguere la elefantiasi de' Greci dalla lepre propriamente detta o lepre volgare, la quale, siccome abbiamo detto altrove è una malattia squamosa. La elefantiasi degli Arabi non à alcuna analogia con quella dei Greci, perchè non è caratterizzata, come quest' ultima, da' tubercoli, ma da uno spessimento della pelle e del tessuto cellulare. Molti confondono la lepre tubercolosa colla sifilide: però i tubercoli sifilitici sono più piccoli, duri di color di rame, mentre che gli altri sono molli, rossastri e più larghi. Importa moltissimo conoscere la malattia sin dal suo sviluppo, quando non ancora esistono le macchie. In questo caso non si può mai aver certezza assoluta, ma la insensibilità della pelle al livello delle macchie, l'alterazione de' peli, saranno qualche cosa di sospetto, specialmente se lo individuo vive in luoghi o viene da un paese ove la lepre tubercolosa è endemica.

Pronostico. — Il pronostico è gravissimo, perchè la malattia è sempre incurabile.

Etiologia. — La elefantiasi de' Greci è rara in Francia; quasi tutti gl' individui che ne sono colpiti appo noi vengono o sono di origine delle nostre colonie. Non si conoscono troppo bene le cause che la ingenerano; si pretende che sia prodotta dallo abitar luoghi umidi, dall' uso delle carni salate, specialmente dalle carni di porco. Niente però è dimostrato sin ora riguardo a ciò. La malattia non è contagiosa, e raramente ereditaria.

Cura. — Subito allo sviluppo, e quando non esistono ancora le malattie, bisogna combattere l' affezione mediante i liniamenti eccitanti ed i vescicanti volanti. Quando vi sono tubercoli si usano le pomate fondenti, i risolutivi, le docciature di vapore acquoso, i bagni alcalini. In fine ànno consigliato l' uso interno dei sudoriferi, delle preparazioni arsenicali e della tintura delle cantaridi. Biett à pure ottenuto alcuni buoni effetti dal iodo, ma specialmente dalla cauterizzazione. Bisogna infine sottoporre gli ammalati ad una buona igiene, e prima di tutto espatriarli.

DEL LUPO O VOLATICA DEPASCENTE, O ESTIOMENE

Il lupo è una malattia cronica della pelle, che à sede quasi sempre alla faccia, e caratterizzata dallo sviluppo delle macchie, e più spesso da tubercoli violacei e rossastri, i quali si esulcerano ed ànno una grande tendenza a distruggere in profondità ed in superficie i tessuti circostanti.

Il lupo si manifesta specialmente alla faccia, dove occupa in preferenza il naso, le guance e le labbra. Al tronco, affetta con predilezione il petto e le spalle; non è raro al collo nè al-

la faccia interna dell'avan braccio, nè al dorso del piede, nè alla faccia dorsale delle mani, punti delle membra più spesso invasi dal lavoro distruttore. Infine colpisce alcune volte, nella donne, le parti esterne della generazione.

Sintomi, corso. — La malattia comincia quasi sempre collo sviluppo di uno o molti piccoli tumori di un rosso oscuro ed indolenti, che possono rimaner stazionari per un tempo più o meno lungo, ma che presto o tardi si ulcerano. Però in alcuni casi, lungi dallo sviluppar con un tubercolo, il lupo comincia con un semplice arrossimento violaceo; poi a poco a poco la pelle si assottiglia e si ulcera. Qualunque sia il modo col quale la invasione à luogo l'ulcera una volta stabilita, la superficie ammalata segrega una materia icorosa, acre che escoria le parti vicine; essa si copre di croste più o meno spesse e grigiastre. La ulcerazione può rimaner per qualche tempo superficiale, e non interessare che i primi strati del derma; ma spesso guadagna in profondità, e non solo corrode la pelle in tutta la sua spessezza, ma distrugge pure le parti molli sottostanti. Accade qualche volta che, spandendosi da una parte, la ulcerazione si guarisce dall'altra; la cicatrice che si forma allora è ineguale, indelebile, e somiglia affatto a quella che succede a diversi gradi della scottatura. Alla faccia, delle spaventevoli deformità sono la conseguenza di questo lavoro distruttore. Il naso dice il Signor Gibert, è spesso intieramente distrutto, e non offre più al suo posto se non che un'apertura triangolare consumata e separata dalla chiusura delle fosse nasali; le palpebre sono accorciate, rovesciate e rossastre; le labbra, le guance sono distrutte, perforate, lavorate da solchi profondi ineguali, acuminati, formati da cicatrici deformi. Finalmente il viso gonfio, enfisemato, sfigurato, privato de' suoi lineamenti più protuberanti, diviene in quest' infelici un oggetto di orrore e di disgusto, che ispira agli altri e ad essi stessi una specie di avversione quasi insormontabile. Ciò che avvi di rimarchevole, dice il Signor Gibert, è il poco dolore che accompagna spesso di sì grandi disordini. Alcuni ammalati accusano solamente prurito, cuociore. È cosa rara anche che in mezzo a questi accidenti la salute generale sia alterata. Infatti, le importanti funzioni si esoguoano quasi sempre regolarmente; non avvi febbre, e le forze continuano, purchè non esistino complicazioni.

Il lupo però non presentasi sempre cogli stessi caratteri. Infatti offre una moltitudine di gradazioni, di varietà intermedie, dallo stato più leggiero sino al suo grado più intenso; in guisa che dice il Signor Gibert, paragonando i due estremi, si crederebbe vedere malattie affatto differenti. Biett, e dopo di lui, i signori Gazenave e Schedel, hanno ammesso tre varietà principali di lupo: 1.º il lupo che si estende in superficie; 2.º il lupo

che distrugge in profondità; 3.° il lupo ipertrofico. Nel primo non avvi ordinariamente nè tubercoli nè croste; la pelle solamente è rossa, si assottiglia e si disquama; essa è levigata, lucida, e si direbbe la cicatrice recente di una superficiale scottatura; qui lo arrossimento sparisce colla pressione, e questa sviluppa il dolore. Se la malattia si arresta, l'arrossimento sparisce, non à più luogo la desquamazione epidermica, ma la pelle rimane sottile, lucida, levigata al tatto, come se avesse perduto qualche cosa in spessore. Alcune volte la specie di lupo di cui parliamo comincia con piccoli tubercoli e le sommità si ulcerano. La ulcerazione può allora invadere una grande superficie, tutta la faccia, per esempio.

Nella seconda varietà, il lupo spiega qualche volta la sua azione sopra un punto circoscritto, come un lobulo del naso o una guancia, che incava e fora in un tempo brevissimo. Il lupo con ipertrofia à sede quasi sempre alla faccia, e non osservasi che ne' scrofolosi; si accompagna ad un gonfiamento qualche volta enorme di tutte le parti della faccia. Queste diverse varietà del lupo possono trovarsi nello stesso individuo.

Diagnosi. — Il lupo sarà distinto dalla sifilide depascente tubercolosa; perchè in questa si osserva un colorito di rame proprio alle affezioni venere; e la ulcerazione grigiastra è circoscritta con bordi tagliati a picco; infine i commemorativi ed i sintomi concomitanti toglieranno qualunque incertezza. Al loro sviluppo, non si prenderanno per tubercoli di lupo gl'induramenti che vengono in seguito dell'*acne rosacea*, perchè questi sono rossi, dolorosi, circondati da un'areola eritematosa; oltre a chè nella loro vicinanza alcune pustole le quali, come ognun sa, sono la lesione elementare della malattia. Il lupo differisce dal cancro cutaneo perchè assale soltanto i giovani; per la poco intensità dei dolori, per lo aspetto differente delle ulcerazioni, le quali nel cancro, sono fungose ed àno i bordi duri e rovesciati.

Il *noli me tangere* è una forma di cancro che differisce dal lupo perchè si manifesta per un tubercolo *solitario*, che è la sede di *dolori trafittivi*, ed è circondato da una base dura e circoscritta. In oltre, le cauterizzazioni esacerbano sempre il male; questo una volta ulcerato, distrugge tutti i tessuti, senza che le stesse ossa lo arrestino, il chè non à luogo nel lupo.

Pronostico. — Il lupo è una malattia estremamente grave, benchè non comprometta la esistenza.

Etiologia. — Il lupo affetta in preferenza i fanciulli ed i giovanetti, specialmente da dodici a venticinque anni; è quasi sconosciuto dopo i quarant'anni. Avvi una eguale frequenza nell'uomo e nella donna; colpisce specialmente gl'individui linfatici e scrofolosi. Alcuni medici considerano ancora il lupo come un effetto della diatesi scrofolosa; ma questa opinione non è fon-

data. S'ignorano le cause speciali che possono sviluppare la malattia.

Cura. — La cura del lupo è prima di tutto locale; bisogna cercare a modificare la vitalità delle parti coll'uso delle sostanze irritanti ed anche caustiche: così, allo sviluppo della malattia, hanno proposto le unzioni colle pomate di precipitato bianco, coll'azolato di argento, col proto deuto ioduro di mercurio. In spezieltà poi hanno vantato il ioduro di solfo combinato colla sugna in variabili proporzioni (da 1 a 4 gramme per 30 d'ec-cipiente); altri curano collo stirace, ed il Signor Payan, chirurgo dell'Hôtel-Dieu d'Aix, si loda molto dell'applicazione in natura dello stirace liquido. A questi mezzi, si combineranno le docciature a vapore semplicemente acquose o aromatiche; infine si sperimenterà la compressione; però tutti questi rimedi sono quasi impotenti, e non impediscono la ulcerazione. Quando questa esiste, bisognerà ricorrere ad un mezzo più violento, alla cauterizzazione. Si è proposto il nitrato di argento e di mercurio, la pasta arsenicale di frate Cosimo; la polvere di Dupuytren, la pomata del cloruro di zinco, il caustico di Vienna; ec. Quest'ultimo è forse più comodo a maneggiarsi. Bisogna, prima di operare, aver cura di far cadere le croste mediante i cataplasmi emollienti, poi si porta il caustico su tutta la superficie affetta, ed anche un poco al di là de'suoi limiti; dopo la caduta dell'escara si mediccherà semplicemente: se la ulcerazione è di cattiva natura, si ripeterà la cauterizzazione, perchè raramente la prima produce lo effetto.

La cura sarà qualche volta secondata vantaggiosamente coll'uso delle docciature a vapore. Queste convengono specialmente nella forma ipertrofica.

La cura generale si limita quasi sempre all'uso delle bevande amare, de' bagni semplici. Se poi lo animalato è scrofoloso, bisognerà sottoporlo al regime, e dargli internamente i medicamenti che abbiamo consigliati altròve parlando delle scrofole.

DELLE MACCHIE O MACULE

Diversi coloriti possono aver luogo dopo alcune malattie della pelle; le abbiamo fatte conoscere. In questo momento vogliamo solamente parlare di quei coloriti che costituiscono le vere malattie idiopatiche; son desse la *lentigine* e le *efelidi*.

DELLA LENTIGINE O MACCHIE DI ROSSEZZA

La lentigine è caratterizzata da piccole macchie di un giallo carico che non oltrepassano mai la larghezza di una lenticchia, spesso più piccole, le quali, quasi sempre congenite, non si svi-

luppano spesso che nella età di dieci o dodici anni ed occupano specialmente la faccia, il collo, la parte anteriore del petto le mani e gli avan-bracci. Le macchie di rossezza, hanno luogo specialmente negl' individui linfatici, biondi, rossi e la cui pelle è fina e bianca; queste macchie non sono la sede di alcun prurito, di alcuna desquamazione. Esse sono in generale persistenti; qualche volta si estinguono durante lo inverno per ricomparire di bel nuovo alla primavera o durante la està.

DELL' EFELIDI O MACCHIE EPATICHE

Le efelidi sono macchie irregolari molto più estese di quelle della lentigine, di un giallo safferano, pruriginose, che danno luogo qualche volta ad una leggiera desquamazione; si osservano specialmente alla parte anteriore del collo, sul petto, sulle mammelle nelle donne, sul ventre ed alla parte interna delle cosce. Non sono rare sulla faccia delle donne gravide. Esse non si accompagnano ad alcun disturbo manifesto nella salute; ma spesso eccitano un prurito incomodo, il quale aumenta col calore, dopo il pranzo, le emozioni vive, ed alle epoche mestrue. Le efelidi possono avere soltanto una durata efimera, o di lungo tempo.

Le efelidi si osservano specialmente negl' individui biondi e più nelle donne: questa eruzione è qualche volta provocata dalla insolazione, dalla indigestione, da un nutrimento eccitante, da un disturbo nel flusso mestruo. Si dice che essa è qualche volta ligata alla infiammazione cronica di un viscere, specialmente del fegato; ma questa correlazione non è stata ancora stabilita in modo rigoroso.

Le macchie epatiche non potrebbero essere confuse che colla *pityriasis versicolor*. Ma in questa non solo vedesi esfoliazione, ma vera desquamazione dell' epidermide, che si separa a larghe lamine; oltre a chè il prurito, nella *pityriasis* è quasi negativo. In quanto a' coloriti sifilitici, si distinguono da' precedenti pel colorito di rame, la mancanza di prurito e la esfoliazione.

I signori Cazenave e Schedel considerano come perfettamente inutili i linimenti detersivi, le pomate alcaline e tutti i risolutivi. Essi non consigliano che l'uso delle acque solforose interamente, come l'acqua d' Enghien; si prescriveranno ancora due o tre bagni solforosi in ogni settimana, e si amministrerà di tempo in tempo un blando purgativo.

TAVOLA DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL SECONDO VOLUME

Terzo genere di avvelenamenti. — <i>Dello avvelenamento co' narcotici acri</i>	3
Quarto genere di avvelenamenti. — <i>De' veleni settici</i>	6
<i>Avvelenamento per la introduzione delle materie putride nella economia</i>	ib.
1.° <i>Emanazioni putride</i>	ib.
2.° <i>Materie putride prese come alimenti</i>	7
3.° <i>Materie putride penetranti nella economia mediante una soluzione di continuo</i>	8
<i>Dell' Ergotismo</i>	11
1.° <i>Convulsivo</i>	12
2.° <i>Cangrenoso</i>	13
<i>Pellagra</i>	16
<i>Avvelenamento mediante i gas delle fogne, de' pozzi e delle miniere</i>	23
<i>Avvelenamento co' veleni</i>	25
<i>Avvelenamento col veleno della vipera</i>	ib.
<i>Avvelenamento col veleno de' serpenti a sonaglio</i>	27
<i>Insetti velenosi</i>	28
<i>De' virus</i>	29
<i>Sifilide o malattia venerea</i>	ib.
<i>Sifilide primitiva</i>	34
<i>Cancro primitivo o ulcere veneree primitive</i>	ib.
<i>Blenorragia</i>	42
<i>Blenorragia acuta dell' uomo</i>	43
<i>Blenorrea nell' uomo</i>	58
<i>Blenorraggia acuta e cronica nella donna</i>	60
<i>Del bubbone</i>	63
<i>Tubercoli piani, pustole umide, piane, mucose</i>	68
<i>Vegetazioni</i>	69
<i>Sifilide costituzionale (lue venerea)</i>	71

<i>Principali forme della sifilide costituzionale</i>	80
<i>Sifilidi</i>	81
<i>Sintomi di sifilide costituzionale delle membrane mu- cose</i>	87
<i>Sifilide consecutiva del tessuto cellulare</i>	91
<i>Trite sifilitica</i>	92
<i>Testicolo venereo</i>	ib.
<i>Sifilide consecutiva de' tessuti fibrosi ed osseo</i>	93
<i>Profilassi della sifilide</i>	96
<i>Mal francese o framboesia</i>	98
<i>Rabbia, o idrofobia rabica</i>	99
<i>Pustola maligna</i>	107
<i>Carbone maligno</i>	111
<i>Morra acuta</i>	112
<i>Scabbia cavallina acuta</i>	118
<i>Morva e Scabbia cavallina cronica</i>	119
SETTIMA CLASSE DI MALATTIE. — LESIONI DI NUTRI- ZIONE	126
<i>Primo genere di lesioni di nutrizione. — Della ipertrofia</i>	ib.
<i>Ipertrofia del cervello</i>	129
<i>Id. della midolla spinale</i>	131
<i>Id. del cuore</i>	132
<i>Id. del fegato</i>	145
<i>Scirrosi del fegato</i>	148
<i>Ipertrofia della milza</i>	152
<i>Del Gozzo</i>	157
<i>Elefantiasi degli arabi</i>	162
<i>Induramento raro della pelle</i>	165
<i>Secondo genere di lesioni di nutrizione. — Dell'atrofia</i>	167
<i>Atrofia cerebrale</i>	168
<i>Atrofia della midolla Spinale</i>	172
<i>Atrofia del cuore</i>	173
<i>Atrofia del fegato e delle vie biliari</i>	174
<i>Terzo genere di lesioni di nutrizione. — Induramento</i>	176
<i>Induramento del cervello</i>	ib.
<i>Induramento della midolla spinale</i>	178
<i>Induramento del cuore</i>	179
<i>Induramento del fegato</i>	ib.
<i>Quarto genere di lesioni di nutrizione. — Ammollimento</i>	180
<i>Ammollimento del cervello</i>	183
<i>Ammollimento della midolla spinale</i>	195
<i>Ammollimento del cuore</i>	199
<i>Ammollimenti dello stomaco</i>	200
<i>Ammollimento cadaverico dello stomaco</i>	201
<i>Ammollimento morboso dello stomaco</i>	204
<i>Ammollimento della mucosa intestinale</i>	208

<i>Ammollimento della milza e del fegato.....</i>	209
<i>Un ammolimento dell'utero.....</i>	ib.
<i>Ammollimento delle ossa.....</i>	211
<i>Rachitismo.....</i>	ib.
<i>Osteomalacia.....</i>	219
<i>Quinto genere di lesioni di nutrizione. — Gangrena.....</i>	221
<i>Gangrena de' polmoni.....</i>	224
<i>Gangrena della bocca.....</i>	229
<i>Gangrena della faringe.....</i>	234
<i>Gangrena della vulva.....</i>	ib.
<i>Sesto genere di lesioni di nutrizione. — Ulcerazione.....</i>	235
<i>Settimo genere di lesioni che producono il restringimento la chiusura, la dilatazione, il perforamento e la rottura degli organi curi.....</i>	237
<i>Restringimenti e delle chiusure.....</i>	ib.
<i>Restringimento degli orifici del cuore.....</i>	239
<i>Restringimenti e chiusure delle arterie.....</i>	251
<i>Restringimenti e chiusure dell'arteria polmonale.....</i>	254
<i>Id. id. delle aorta.....</i>	255
<i>Id. id. delle arterie delle membra.....</i>	259
<i>Id. id. delle vene.....</i>	262
<i>Chiusura delle vene iliache e della vena cava infe- riore.....</i>	264
<i>Id. della vena porta.....</i>	265
<i>Id. della vena cava superiore.....</i>	266
<i>Id. dei seni della dura madre.....</i>	267
<i>Restringimento e chiusura de' tubi aerei.....</i>	268
<i>Id. dello esofago.....</i>	269
<i>Id. del tubo intestinale.....</i>	274
<i>Chiusura degl' intestini o ileo.....</i>	280
<i>Delle dilatazioni.....</i>	284
<i>Dilatazione de' bronchi.....</i>	285
<i>Dilatazione delle vescichette polmonali o enfisema vescicolare de' polmoni.....</i>	288
<i>Dilatazioni del cuore.....</i>	298
<i>Dilatazion parziale del cuore.....</i>	302
<i>Dilatazioni de' vasi linfatici.....</i>	303
<i>Aneurismi delle arterie intercranee.....</i>	ib.
<i>Aneurismi dell'aorta.....</i>	306
<i>Aneurismi dell'aorta pettorale.....</i>	308
<i>Aneurisma dell'aorta addominale.....</i>	317
<i>Aneurisma varicoso dell'aorta.....</i>	318
<i>Dilatazione dello esofago e della faringe.....</i>	319
<i>Della dilatazione dello stomaco... foglio.....</i>	21 305
<i>Lacerazioni, rotture e perforamenti spontanei.....</i>	ib. 307
<i>Rotture e perforamento dello esofago.....</i>	ib. 308

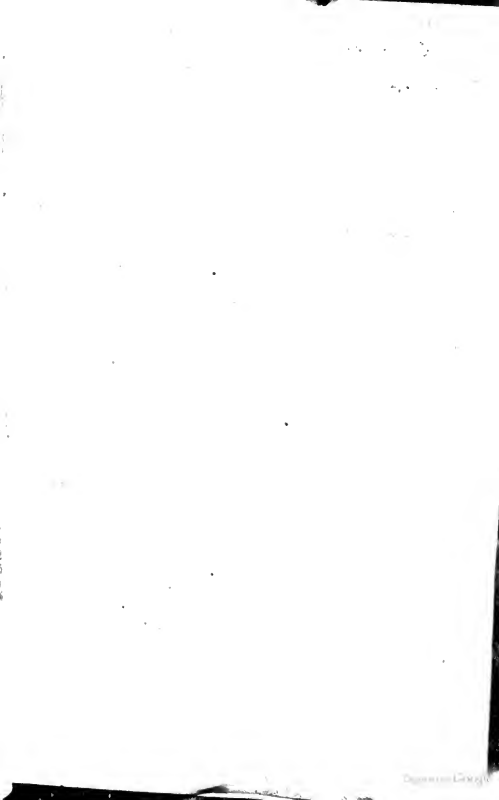
<i>Rotture e perforamenti dello stomaco</i> foglio 21....	ib. 310
<i>Perforamenti intestinali</i>	ib. 316
<i>Id.</i> dell'appendice del cieco.....	322
<i>Rotture e perforamenti delle pareti del cuore</i>	324
<i>Rotture delle colonne carnee e de' tendini del cuore</i>	327
<i>Della cianosi o della comunicazione congenita o acci-</i> <i>dentale, sia tra le cavità destra e sinistra del</i> <i>cuore, sia tra i tronchi vascolari che ne emanano.</i>	328
<i>Rotture e perforamenti dell'aorta</i>	334
<i>Perforamento de' polmoni e delle pleuri; pneumo-'ora-</i> <i>ce sintomatico</i>	ib.
<i>Rotture e perforamenti del diaframma</i>	343
<i>Rotture della milza del fegato e de' reni; rotture e</i> <i>perforamenti della vescichetta biliare</i>	346
<i>Rotture e perforamenti della vescica</i>	347
<i>Perforamenti o rotture dell'utero</i>	348
OTTAVA CLASSE DI MALATTIE. — DELLE TRASFORMA- ZIONI ORGANICHE E DE' PRODOTTI MORBOSI ACCI- DENTALI	
Primo genere di prodotti morbosi. — Dei prodotti mor- bosi accidentali consistenti nella trasformazione de' tessuti gli uni negli altri, e nello sviluppo di tessuti nuovi analoghi a tessuti primitivi	350
<i>Della trasformazione adiposa de' tessuti</i>	ib.
<i>Del sopracarico e delle trasformazioni adipose del</i> <i>cuore</i>	351
<i>Prodotti di tessuto sieroso</i>	352
<i>De' cistici</i>	ib.
<i>Cistici del cervello</i>	354
<i>Cistici sierosi del fegato e della milza</i>	ib.
<i>Cistici semplici de' Reni</i>	355
<i>Della idronefrosi</i>	356
<i>Cistici delle Ovaie</i>	358
<i>Cistici pelosi delle ovaie</i>	ib.
<i>Cistici sierosi o della idropisia cistica delle ovaie</i>	360
<i>Prodotti cornei ed epidermici</i>	368
<i>Ittiosi</i>	369
<i>Pitiriasi</i>	370
<i>Lepra</i>	372
<i>Psoriasi</i>	373
<i>Prodotti cartilaginei ed ossei</i>	376
<i>Id.</i> del cuore.....	379
<i>Id.</i> delle arterie.....	382
<i>Polipi</i>	384
<i>Polipi dello stomaco e degl' intestini</i>	385
<i>Polipi delle vie acree</i>	386
<i>Polipi del cuore</i>	387

<i>Concrezioni Sanguigne del cuore</i>	389
<i>Vegetazioni del cuore</i>	394
<i>Secondo genere di prodotti morbosi. — Prodotti morbosi accidentali estranei all'organismo</i>	395
<i>Concrezioni inorganiche o calcoli</i>	ib.
<i>Calcoli intestinali</i>	398
<i>Calcoli biliari</i>	400
<i>Concrezioni urinarie</i>	409
<i>Concrezioni polmonali, concrezioni di carbone</i>	418
<i>Animali parassiti</i>	421
<i>Idatidi</i>	422
<i>Acefalocisti</i>	423
<i>Acefalocisti del fegato</i>	427
<i>Acefalocisti de' reni</i>	429
<i>Acefalocisti dell' utero e suoi annessi</i>	430
<i>Acefalocisti de' polmoni</i>	432
<i>Acefalocisti de' centri nervosi</i>	ib.
<i>Cistocерco</i>	ib.
<i>Policefalo</i>	433
<i>Ditracicero</i>	ib.
<i>Echinococco</i>	434
<i>Epizoi che nascono nel tubo intestinale</i>	436
<i>Ascaride lombricoide o lombrico</i>	ib.
<i>Tricocefalo</i>	441
<i>Ossiuuri vermicolari</i>	ib.
<i>Tenia</i>	443
<i>Strongolo gigante ed alcuni altri entozoi dei reni ..</i>	446
<i>Doca del fegato ..</i>	447
<i>Trachino-spiralis</i>	ib.
<i>Epizoi</i>	448
<i>Scabbia o malattia prodotta dall' acarus</i>	ib.
<i>Verme filiare</i>	454
<i>Insetti che si sviluppano o vivono alla superficie del- la pelle</i>	455
<i>Cancro generale</i>	457
<i>Cancro dello encefalo</i>	469
<i>Cancro de' polmoni e delle pleuri</i>	473
<i>Cancro dello esofago</i>	475
<i>Cancro dello stomaco</i>	477
<i>Cancro degl' intestini</i>	486
<i>Cancro del pancreas</i>	490
<i>Cancro del fegato</i>	492
<i>Cancro delle vie biliari</i>	496
<i>Cancro de' reni</i>	497
<i>Cancro dell' utero</i>	498
<i>Tubercoli in generale</i>	508

<i>Meningite tubercolosa o granulata</i>	518
<i>Tubercoli del cervello</i>	528
<i>Etisia polmonale</i>	533
<i>Etisia bronchiale</i>	547
<i>Del Carreau</i>	580
<i>Tubercoli de' reni</i>	584
<i>Malattia Scrofolosa</i>	586
<i>Melanosi</i>	596
NONA CLASSE DI MALATTIE. — DELLE NEVROSI	601
Primo genere di nevrosi caratterizzate da una lesione della sensibilità, specialmente dal dolore	602
<i>Nevralgie in generale</i>	ib.
<i>Nevralgia trifacciale</i>	510
<i>Micrania</i>	616
<i>Nevralgia cervico-occipitale</i>	620
<i>Nevralgia cervico-brachiale</i>	621
<i>Nevralgia intercostale</i>	622
<i>Nevralgia lombo addominale</i>	627
<i>Nevralgia del testicolo o ileo scrotale</i>	628
<i>Nevralgia sciatica o femore poplitea</i>	630
<i>Nevralgia crurale</i>	636
<i>Angina di petto</i>	ib.
<i>Nevralgie del polmone</i>	644
<i>Gastralgia</i>	ib.
<i>Enteralgia o colica nervosa</i>	654
<i>Epatalgia e nevralgia</i>	655
<i>Nevralgia vescico-ale</i>	656
<i>Isteralgia</i>	657
<i>Nevralgie delle mammelle</i>	659
<i>Dermalgia</i>	660
Secondo genere di nevrosi specialmente caratterizzate dalle lesioni de' movimenti	ib.
<i>Convulsioni</i>	ib.
<i>Convulsioni idiopatiche della faccia</i>	ib.
<i>Tetano</i>	668
<i>Di una forma di convulsione chiamata contrattura degli estremi</i>	669
<i>Esofagismo</i>	673
<i>Corea</i>	677
<i>Tremore</i>	684
<i>Paralisi</i>	687
<i>Paralisi facciale</i>	688
<i>Id. del nerbo del settimo paio</i>	ib.
<i>Id. del nerbo del quinto paio</i>	693
<i>Id. del nerbo motore oculare comune</i>	695
<i>Id. del nerbo motore oculare esterno</i>	696

<i>Id. muscolari</i>	<i>ib.</i>
<i>Id. dello esofago</i>	698
Terzo genere di nevrosi caratterizzate da un disturbo della intelligenza.....	<i>ib.</i>
<i>Delirio</i>	<i>ib.</i>
<i>Pazzia o alienazione mentale</i>	700
<i>Ipocondria</i>	722
<i>Idiotismo</i>	728
Quarto genere di nevrosi. — <i>Nevrosi complesse</i>	732
<i>Eclampsia de' fanciulli</i>	<i>ib.</i>
<i>Spasmo della glottide</i>	739
<i>Epilessia</i>	743
<i>Estasi</i>	758
<i>Catalepsia</i>	759
<i>Incubo</i>	760
Quinto genere di nevrosi. — <i>Nevrosi speciali a certi organi</i>	761
<i>Nevrosi speciali agli organi respiratori</i>	<i>ib.</i>
<i>Afonia nervosa</i>	<i>ib.</i>
<i>Pertosse</i>	763
<i>Asma</i>	771
<i>Singhiozzo</i>	776
<i>Nevrosi speciali all'apparecchio circolatorio</i>	777
<i>Palpitazioni nervose del cuore</i>	778
<i>Sincope</i>	780
<i>Battiti nervosi delle arterie specialmente dell'aorta</i> ...	786
<i>Nevrosi speciali allo stomaco</i>	787
<i>Bulimia</i>	788
<i>Depravazione dello appetito, o malacia e pica</i>	790
<i>Dispepsia</i>	791
<i>Vomiti nervosi</i>	793
<i>Nevrosi speciali agli organi genitali</i>	766
<i>Isterismo</i>	<i>ib.</i>
<i>Priapismo</i>	808
<i>Anafrodisia</i>	<i>ib.</i>
<i>Incontinenza di urina ne' ragazzi</i>	809
DECIMA CLASSE DI MALATTIE. — MALATTIE SPECIALI A	
CERTI ORGANI O A CERTI TESSUTI.....	812
<i>Malattie speciali agli organi digestivi</i>	<i>ib.</i>
<i>Prima dentizione ed accidenti che la complicano</i>	<i>ib.</i>
<i>Indigestione</i>	816
1. <i>Imbarazzo gastrico</i>	819
<i>Id. intestinale</i>	823
2. <i>Costipazione</i>	824
<i>Invaginamento intestinale o valvolo</i>	828
<i>Diabete</i>	831

<i>Malattie speciali al fegato</i>	843
<i>Ictericia</i>	ib.
<i>Malattie speciali a' reni</i>	851
<i>Malattia di Bright</i>	ib.
<i>Malattie speciali al cuore</i>	863
<i>Insufficienza delle valvole del cuore</i>	ib.
<i>Malattie speciali alle vie respiratorie</i>	868
<i>Asfissia in generale</i>	ib.
<i>Principali specie di asfissia per ostacolo meccanico alla entrata dell'aria ne polmoni</i>	876
<i>Asfissia per compressione del torace</i>	ib.
<i>Id. per strangolamento e sospensione ..</i>	877
<i>id. per sommersione</i>	879
<i>Malattie speciali agli organi genitali</i>	881
<i>Mestruazione e disturbi che presenta</i>	ib.
<i>Dismenorrea</i>	882
<i>Regole deviate</i>	885
<i>Amenorrea</i>	886
<i>Cessazion delle regole-Età critica</i>	892
<i>Malattie speciali a' sistemi fibrosi e muscolare</i>	893
<i>Reumatismo</i>	ib.
<i>Reumatismo muscolare</i>	894
<i>Di alcuni reumatismi muscolari in particolare; reumatismo del cuoio copelluto; torcicollo; pleurodinia; reumatismi delle pareti del ventre; lombaggine; reumatismi delle membra; de' visceri; specialmente della faringe e dell'utero</i>	897
<i>Reumatismo articolare acuto</i>	904
<i>Id. Id cronico</i>	920
<i>Malattie speciali alla pelle</i>	923
<i>Prurigine</i>	ib.
<i>Lichene</i>	925
<i>Urticaria</i>	928
<i>Elefantiasi de' Greci o lepre tubercolosa</i>	930
<i>Lupo, volatica depascente o estiomene</i>	932
<i>Macchie o macole</i>	935
1. <i>Lentigin o macchie di rossezza</i>	ib.
2. <i>Efelidi o macchie epatiche</i>	936



Innocent Jurey over shade
pallen

P. Donato Vining

La Clefantine de l'Arabie

191
8
10

